



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;
- Informativa 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

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva_spa@legalmail.it 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



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 lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Assicurato/l'Impresa devono 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: 800114433 – 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 365.418.789,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 247.000.000,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 49.400.000,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa stessa è pari al 234%.

L'indice di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 519%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento “SFCR” (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa.

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 Assicurative 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 Assicurative, 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. 19 "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. 22 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo delle Coperture Assicurative 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 Assicurative.

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. Le provvigioni percepite dall'Intermediario corrispondono ad una quota parte del costo complessivo sopra riportato pari al 90%.

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 (provvigioni percepite 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 SEQUESTRABILITÀ

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

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 entri i 10 giorni lavorativi successivi dello stesso mese;
6. seguito mancata riattivazione delle Coperture Assicurative 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 Assicurative cessano alla data di scadenza annua immediatamente successiva alla data di disdetta;
8. annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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 Assicurative, 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 Assicurative possono essere riattivate.

Per maggior dettaglio 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 o a mezzo pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu.

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

Il sinistro deve essere tempestivamente denunciato dall'Assicurato o dagli aventi causa, che potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Contraente oppure



Aviva S.p.A.

contattando il Servizio Clienti di Aviva al numero verde sotto riportato.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Aviva S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto da riportare sulla denuncia di sinistro.

Per chiarimenti relativi all'elenco della documentazione da produrre in caso di sinistro, ai suoi contenuti, alla modalità di reperibilità dei documenti oppure per conoscere lo stato di lavorazione della richiesta di liquidazione, è necessario rivolgersi al seguente recapito telefonico:

SERVIZIO CLIENTI
Numero Verde 800114433
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura portare i Beneficiari a conoscenza della designazione, mettendoli inoltre nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa.

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.

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Società, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Società, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Società in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Società e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

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, all'Impresa e all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Impresa e 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'IMPRESA E DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Impresa e 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

L'Impresa di Assicurazione è dotata di una procedura per l'individuazione e la gestione dei conflitti d'interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione, al fine di garantire che l'operato della



Aviva S.p.A.

stessa e dei propri intermediari non rechi pregiudizio agli interessi della clientela, nel rispetto altresì degli obblighi di trasparenza e correttezza nei rapporti con la stessa.

In particolare la procedura è finalizzata a fare in modo che l'Impresa di Assicurazione, a seconda della tipologia dei contratti offerti:

- si astenga dall'effettuare operazioni in cui vi sia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo, attraverso la sua preventiva individuazione;
- valuti l'eventuale inevitabilità del conflitto così individuato;
- effettui operazioni nell'interesse della clientela alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione ed alla natura delle operazioni stesse;
- operi al fine di contenere i costi a carico dei clienti ed ottenere per loro il miglior risultato possibile, anche in relazione agli obiettivi assicurativi.

Aviva S.p.A., Impresa di Assicurazione che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo Inglese AVIVA Plc, 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). Il prodotto viene distribuito da UniCredit S.p.A..

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, è stata pertanto individuata la seguente situazione passibile di conflitto di interesse:

- l'Impresa di Assicurazione e l'intermediario che distribuisce il prodotto sono legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

In ogni caso l'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai clienti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

* * * * *

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

Il rappresentante legale

Alberto Vacca

Data ultimo aggiornamento: 24 maggio 2018



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.

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 comportare:

- la perdita totale del diritto all'indennizzo
- la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dal Contratto da parte dell'Impresa di Assicurazione

ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Nel primo caso, i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

Nel secondo caso, l'Impresa di Assicurazione provvederà alla restituzione integrale del premio versato all'Impresa previa comunicazione alla stessa dell'annullamento o recesso dalla Copertura Assicurativa da effettuarsi entro 3 mesi dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione è venuta a conoscere l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza dell'Assicurato.

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, del Questionario Medico, 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 entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza all'Impresa una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- il riepilogo delle Coperture Assicurative sottoscritte;
- i termini e le modalità 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 provvedo 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;
8. annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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 o a mezzo pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu. 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 Rappresentate 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 Assicurative 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 Assicurative, 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 Assicurative 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 Assicurative 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 Assicurative 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. In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, l'Assicurato e l'Impresa sono tenuti a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero

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 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 16 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, 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. 17 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. 18 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. 19 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. 20 "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. 20 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata di cui all'Art. 19 "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 decorrenza della Copertura Assicurativa, per i quali sia riconosciuta da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso alla data di decorrenza, una Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio, pari o superiori al 20%;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
 - malattie sottaciute per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche per oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica: seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni già verificatisi alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, per i quali sia riconosciuta da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso al momento della decorrenza, una Invalidità Permanente da malattia o infortunio e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
- 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. 21 DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Per la denuncia può essere utilizzato l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso Contratto di Affidamento bancario 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.

Per tutti i pagamenti richiesti all'Impresa di Assicurazione debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.



Aviva S.p.A.

Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800114433 (operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni_vita@aviva.com.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. Decorso il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

Per data di ricevimento della richiesta si intende la data di ricevimento della documentazione da parte dell'Impresa di Assicurazione.

Per ottenere il pagamento della prestazione occorre inviare all'Impresa di Assicurazione la seguente documentazione:

1. **Richiesta di liquidazione;**
2. **Certificato di morte;**
3. **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;**
4. **Documentazione medica;**
5. **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.**

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

1. **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** le richieste di liquidazione possono pervenire all'Impresa di Assicurazione:

- utilizzando il modulo liquidativo reperibile presso la filiale della Contraente o scaricabile dal sito internet www.aviva.it;
- in carta semplice, inviandola direttamente ad AVIVA S.p.A., Via Scarsellini n. 14 - 20161 Milano - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa di Assicurazione ed i Beneficiari si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Qualunque sia la modalità scelta, si dovranno fornire tutte le informazioni ed i documenti seguenti:

- **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE:** la richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero del Modulo di Adesione;
- **MODALITÀ DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuato il pagamento. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa;
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ:** copia di un valido documento di identità;
- **CODICE FISCALE:** copia del codice fiscale;
- **CONTATTO:** indicare un indirizzo e-mail e/o un recapito telefonico;
- **P.E.P.:** occorre indicare se si è una Persona Esposta Politicamente;
- **LEGAME DI PARENTELA:** occorre indicare se il Beneficiario intrattiene rapporti professionali con l'Assicurato.

2. **CERTIFICATO DI MORTE** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

3. **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AUTENTICATA DI ATTO NOTORIO**

Viene richiesta una Dichiarazione sostitutiva di atto notorio, autenticata dalle autorità competenti (Comune, Cancelleria, Notaio) che dovrà riportare che: **"Il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare:"**

a. **In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it)**

- la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

b. **In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it):**

- che il testamento presentato è l'unico valido o nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta);
- Occorre allegare il verbale di pubblicazione e la copia autenticata del testamento.

INOLTRE:

- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi legittimi: chi sono gli unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a. e b. precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione sostitutiva deve INOLTRE riportare:

- nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora fra gli eredi vi fossero "nipoti"/"pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto del quale vantano il titolo di erede.

4. **DOCUMENTAZIONE MEDICA:**

i) **In caso di MORTE NATURALE:**

Occorre presentare una Relazione Sanitaria del Medico Curante (fac simile disponibile sul sito www.aviva.it e nel Modulo di denuncia sinistri), attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, obbligatoriamente, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) ed indicando il relativo mese ed anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa con la specifica del mese e dell'anno di inizio trattamento.

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ulteriore documentazione (ad esempio: modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri, verbale di invalidità civile) nei casi in cui, dalla Relazione Sanitaria del medico curante:

- a. emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico;
- b. emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio: causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri);
- c. emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazioni di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).

ii) **In caso di MORTE VIOLENTA – infortunio, omicidio o suicidio -** oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere copia del **Verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del

referto autoptico e delle **indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

Si precisa che il Beneficiario che abbia particolari difficoltà ad acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevanti ai fini della liquidazione dell'indennizzo può conferire specifico mandato affinché sia l'impresa di Assicurazione stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è necessario contattare l'Impresa di Assicurazione al seguente numero verde: 800114433, operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00.

Oltre alla documentazione sopra riportata, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere ulteriore documentazione nel caso di:

MINORI/INTERDETTI/INCAPACI: in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal tutore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia del Decreto del Giudice Tutelare** (ricorso e relativa autorizzazione) che autorizzi il tutore (esecutore) in nome e per conto dei minori/interdetti/incapaci a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro euro 2.500,00 sarà possibile compilare e sottoscrivere una manleva – un fac-simile è presente sul sito www.aviva.it nella sezione “moduli” -;
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del tutore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del tutore (esecutore).**

PRESENZA DI UN PROCURATORE: in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal procuratore (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **copia della procura autenticata dalle autorità competenti**, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del Contratto, indicandone il numero di polizza (*si segnala che non potranno essere ritenute valide le procure rilasciate per pratiche successorie*);
- copia di un **valido documento di identità e del codice fiscale del procuratore (esecutore)**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del procuratore (esecutore).**

BENEFICIARIO SIA UNA SOCIETÀ: in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **richiesta di liquidazione sottoscritta dal Rappresentante Legale (esecutore)** completa delle modalità di pagamento;
- **documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà**;
- **copia della delibera di nomina del Legale Rappresentante (esecutore)**, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del Legale Rappresentante;
- **copia di un valido documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi**;
- **indirizzo e-mail e/o recapito telefonico del legale rappresentante (esecutore) e dei titolari effettivi**;
- **indicazione, per i titolari effettivi, relativa all'essere o meno una Persona Esposta Politicamente (PEP).**

BENEFICIARIO SIA UN ENTE/ UNA FONDAZIONE: in questo caso l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere:

- **dichiarazione, completa di timbro e firma del Legale Rappresentante (esecutore)**, dalla quale si evinca se il soggetto beneficiario sia residente in Italia, se eserciti o meno attività commerciale avente scopo di lucro. Tale indicazione è necessaria al fine della corretta applicazione della tassazione in sede di liquidazione. Resta inteso che sarà cura e premura della scrivente Impresa di Assicurazione di mantenere la massima riservatezza riguardo alle informazioni sopra menzionate.

IN CASO DI LIQUIDAZIONE IN SUCCESSIONE: in seguito alla reintroduzione dell'imposta di successione, e per le successioni apertesesi dopo il 3/10/2006, ai sensi della legge di conversione del D. Lgs. n. 262/2006, è necessario produrre:

- la denuncia di successione o relativa integrazione, riportante a titolo di credito l'importo rinveniente dalla liquidazione della polizza;

oppure

- la dichiarazione di esonero che potrà essere presentata unicamente dagli eredi in linea retta : nonni, genitori, coniuge e figli, con i seguenti limiti:
 - per decessi fino al 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 25.822,84;
 - per decessi dal 13/12/2014, l'attivo ereditario del de cuius non deve superare € 100.000,00.

IN PRESENZA DI RICHIESTA PERVENUTA DA UNO STUDIO LEGALE:

- Copia del mandato sottoscritto dai beneficiari / eredi.

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 trenta giorni dalla data di ricevimento.

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

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 22 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. 25 "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. 23 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 mancinità, 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. 24 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 è 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 sempreché 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. 25 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 decorrenza della Copertura Assicurativa, per i quali sia riconosciuta da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso alla data di decorrenza, una Invalidità Permanente, rispettivamente da malattia o infortunio, pari o superiori al 20%;
 - malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
 - malattie sottaciute per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche per oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica: seguiti e conseguenze di malattie o Infortuni già verificatisi alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, per i quali sia riconosciuta da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso al momento della decorrenza, una Invalidità Permanente da malattia o infortunio e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa;

- 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 depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare, e psicosi, schizofrenia;
- 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. 24 "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. 26 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. 27 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. 28 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:

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione garantita entro 30 giorni dalla data di ricevimento del Modulo di Denuncia Sinistro corredata da tutta la documentazione di seguito indicata:

- **copia di un valido documento di identità** del Legale Rappresentante dell'Impresa/Esecutore;
- **copia del codice fiscale** del Legale Rappresentante dell'Impresa/Esecutore;
- **relazione sanitaria** 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 della patologia che ha causato il decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, **copia integrale della cartella clinica** completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato l'Invalidità Totale e Permanente;
- se effettuata, copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di Invalidità Totale e Permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- in presenza di procura, **procura** che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal Contratto indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successive;
- **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;
- 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.

Nel caso in cui la denuncia del sinistro avvenga senza la compilazione dell'apposito Modulo di Denuncia Sinistro, ciascuno dei Beneficiari designati o degli esecutori dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione, oltre alla documentazione sopra riportata, anche la seguente documentazione:

- **dichiarazione sottoscritta** dall'Impresa con indicati l'Istituto Bancario, l'intestatario del conto corrente bancario e il codice IBAN;
- **recapito telefonico e/o indirizzo e-mail** del Legale Rappresentante dell'Impresa/Esecutore;



Aviva S.p.A.

- l'Impresa Beneficiaria dovrà inoltrare anche la seguente documentazione:
 - **Titolari Effettivi del Beneficiario:** dati anagrafici dei titolari effettivi del Beneficiario, identificabili nella persona fisica o nelle persone fisiche che in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, tale criterio viene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25% più 1 dei partecipanti al capitale sociale, o al patrimonio dell'entità giuridica;
 - **indicazione se i Titolari effettivi del Beneficiario rivestono la qualità di P.E.P;**

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: 24 maggio 2018

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 Legale 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.

Malattia

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



Aviva S.p.A.

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: 24 maggio 2018



Aviva S.p.A.

4. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata il **28 febbraio 2018**

CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva S.p.A. con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "**Società**"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (di seguito l'"**Interessato**") ai sensi della polizza assicurativa (la "**Polizza** ") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi, (comprese la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite *call center* - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività degli incaricati di cui si avvale la Società), e
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per le FINALITA' ASSICURATIVE di cui al precedente paragrafo 3, ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta “catena assicurativa” quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, 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, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Fermo restando la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, lo stesso potrà, in ogni momento e gratuitamente:

- a) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
- c) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- e) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In aggiunta ai diritti sopra elencati, l'Interessato potrà beneficiare con effetto dal 26 maggio 2018 dei diritti di cui al paragrafo 10 della presente informativa.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via email al seguente indirizzo: privacy_aviva@aviva.com, o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

COSA CAMBIA CON L'INIZIO DELL'EFFICACIA DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Le seguenti previsioni decorreranno dal 26 maggio 2018, data di efficacia del Regolamento generale sul trattamento dei dati personali 679/2016/UE (il "**Regolamento Privacy**").

Responsabile della protezione dei dati personali

Il responsabile della protezione dei dati personali ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy è contattabile al seguente indirizzo email: dpo.italia@aviva.com, o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

Termine di conservazione dei dati personali

I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati, anonimizzati o aggregati.

Ulteriori diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

- a) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
 - i) l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
 - ii) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
 - iii) benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - iv) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- b) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- c) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- d) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano.

Diritto di reclamo

L'Interessato avrà il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

In ogni caso, l'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata sul sito internet www.aviva.it, nella pagina dedicata ai *Prodotti*, nonché consultare ogni notizia utile in materia nella sezione *Privacy* dello stesso sito.

MODULO DI ADESIONE “FIDO PROTETTO” (Tariffa CP39)

Ragione Sociale <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>	Dati Impresa	Partita IVA / Codice Fiscale <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
Cognome <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>	Dati Assicurato Nome <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>	Codice Fiscale <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
Data adesione <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>	Dati Coperture Assicurative	Tasso Mensile 0,078% <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Costi complessivi: 50% del premio mensile versato		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
Provvigioni percepite 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 subordinata 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
o di altro soggetto munito dei necessari poteri
di firma per impegnare l'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
o di altro soggetto munito dei necessari poteri
di firma per impegnare l'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. 16 (Foro competente), Art. 18 (Cessione dei diritti), Art. 19-22 (Prestazioni Assicurate), Art. 20-25 (Esclusioni).

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa
o di altro soggetto munito dei necessari poteri
di firma per impegnare l'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 medico, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;**
- 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

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa
o di altro soggetto munito dei necessari poteri
di firma per impegnare l'Impresa _____

Data ultimo aggiornamento: 24 maggio 2018

EDIZIONE 05/2018