



Creditor Protection Imprese a Premio Unico Finanziato Abbinabile ai Mutui Chirografari ed Aperture di Credito Chirografarie

Contratto di Assicurazione in Forma Collettiva ad Adesione
Facoltativa (Tariffe CP40M-CP40)
Polizze Collettive di Assicurazione N° 60.459.397-210.793

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);
- il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi);
- le Condizioni di Assicurazione Danni comprensive del Glossario;
- le Condizioni di Assicurazione Vita comprensive del Glossario;
- le Informazioni sul trattamento dei Dati Personali;
- il Modulo di Adesione in fac-simile.

Aviva S.p.A.

Gruppo Aviva

Aviva Italia S.p.A.

Gruppo Aviva

Polizze Vita “dormienti”

In seguito ai diversi interventi di IVASS in materia riportiamo di seguito i “consigli per i consumatori”

Le polizze vita “dormienti” sono polizze che, pur avendo maturato un diritto al pagamento del capitale assicurato, non sono state pagate dalle imprese di assicurazione e giacciono in attesa della prescrizione. Può trattarsi di polizze per il caso di morte dell'assicurato della cui esistenza i beneficiari non erano a conoscenza o di polizze che, giunte alla scadenza, non sono state rimosse dagli interessati per vari motivi.

Il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono dopo 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (prescrizione). Qualora il Contraente o i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni”.

Di seguito alcuni consigli per evitare il fenomeno delle polizze vita dormienti:

1. Se stipuli una polizza vita per proteggere il tuo futuro o quello dei tuoi cari, informa i tuoi familiari - o coloro ai quali intendi destinare le somme - dell'esistenza del contratto e dell'impresa con la quale è stato concluso.
2. Per essere certo che le somme derivanti dalle coperture assicurative siano effettivamente rimosse in un futuro, presta attenzione alla designazione dei beneficiari. **È importante designare i beneficiari nominativamente avendo cura di indicare anche i relativi dati anagrafici (luogo, data di nascita e codice fiscale)** evitando il ricorso a formulazioni generiche quali, ad esempio, “eredi legittimi o testamentari, figli nati e/o nascituri, coniuge o coniuge al momento del decesso”.
3. **Fornisci tutte le informazioni utili a rintracciare i beneficiari in caso di decesso e/o a scadenza (indirizzo, recapito telefonico e e-mail) ricordandoti di aggiornarle in caso di variazioni.**
4. Se non vuoi portare a conoscenza i beneficiari dell'esistenza della polizza, informane un soggetto terzo che si attivi al verificarsi dell'evento assicurato. In aggiunta è possibile comunicare all'impresa, nel caso di specifiche esigenze di riservatezza, i dati necessari per l'identificazione (**nome, cognome, denominazione sociale, codice fiscale e/o partita IVA, indirizzi e recapito telefonico**) di un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui l'impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato.

Impresa di Assicurazione: **Aviva Italia S.p.A.**

Prodotto: **“Creditor Protection (CPI) Imprese a Premio**

Unico finanziato coperture assicurative collettive ad adesione facoltativa abbinabili ai Mutui Chirografari ed Aperture di Credito Chirografarie (Tariffa CP40M)”

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza che copre il rischio di Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero del Key Man assicurato dall'Impresa. L'adesione a questa polizza collettiva danni è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva vita facoltativa commercializzata da Aviva S.p.A., avente per oggetto la garanzia Decesso.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione all'Impresa della somma assicurata al momento del sinistro.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia**
In caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro, a seguito di Infortunio o Malattia, è prevista la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile del Contratto di Finanziamento (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo dell'inabilità stessa, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro.
- ✓ **Malattia Grave**
In caso di Malattia Grave è previsto il pagamento in unica soluzione da parte della Impresa di Assicurazione all'Impresa della somma assicurata al momento del sinistro.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**
In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia, è prevista la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile del Contratto di Finanziamento (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo del ricovero stesso, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro.

La somma assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute, e non può essere superiore a Euro 500.000,00.

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio l'Impresa di Assicurazione riconoscerà all'Impresa un indennizzo pari a 2 volte la somma assicurata al momento del sinistro, se non conseguente ad incidente stradale, e pari a 3 volte la somma assicurata al momento del sinistro, se conseguente a incidente stradale.

L'indennizzo non può superare:

- in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia o Malattia Grave, Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio non conseguente ad incidente stradale, Euro 1.000.000,00 per Assicurato e per Sinistro;

- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio conseguente ad incidente stradale, Euro 1.500.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 48 indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa]



Che cosa non è assicurato?

Le imprese che:

- ✗ sottoscrivano un Contratto di Finanziamento superiore a 10 anni, compreso l'eventuale preammortamento.

Le persone fisiche che:

- ✗ non siano collaboratori, soci o dipendenti, dell'Impresa sottoscrivente un Contratto di Finanziamento con Unicredit S.p.A.;
- ✗ non siano residenti in Italia;
- ✗ alla data di stipula del finanziamento abbiano meno di 18 anni o più di 70 anni non compiuti e che, alla data di scadenza originaria del finanziamento, risultino di età superiore a 75 anni]



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente gli Infortuni causati:

- ! da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza delle coperture assicurative e loro seguiti e conseguenze per i quali sia stata riconosciuta all'Assicurato 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 pari o superiore al 20%.

Sono escluse dalla Copertura Assicurativa principalmente le Malattie:

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Medico:

- ! rientranti tra quelle elencate nel questionario stesso, comprese malformazioni e stati patologici, che dovessero risultare già diagnosticati al momento della decorrenza delle coperture assicurative;
- ! sottaciute al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);

! per le quali, al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative, sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia pari o superiore al 20%, e loro seguiti e conseguenze Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:

! per le quali, al momento della decorrenza delle coperture assicurative, sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia e loro seguiti e conseguenze;

o sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.]



Dove vale la copertura?

✓ [Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'Assicurato mantenga la residenza in Italia.]



Che obblighi ho?

[All'atto dell'adesione alla polizza, l'Impresa e l'Assicurato dovranno sottoscrivere il Modulo di Adesione; l'Impresa dovrà inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza, mentre l'Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere, in funzione della somma assicurata e dell'età, il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica.

L'Assicurato e l'Impresa hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture assunte con Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica per le Coperture assunte con questo e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Impresa di Assicurazione, tramite UniCredit S.p.A., al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Impresa di Assicurazione, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data del sinistro da quando ne ha avuto la possibilità;
- inviare la Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, all'Impresa di Assicurazione;
- 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 della Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.]



Quando e come devo pagare?

[Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata; esso sarà sempre finanziato con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento .

Il pagamento del premio all'Impresa di Assicurazione avviene per il tramite di UniCredit Spa mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa.]



Quando comincia la copertura e quando finisce?

[Dalle ore 24:00 del giorno di stipula del finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione ed il Questionario medico e/o il Rapporto di Visita Medica.

La durata della copertura coincide con la durata originaria del contratto di finanziamento, nel limite massimo di 120 mesi (10 anni), comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

Le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, qualora conseguenti a Malattia, prevedono un Periodo di carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 60 giorni; per la garanzia Malattia Grave il Periodo di carenza è pari a 90 giorni..

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione degli indennizzi per Invalidità Totale Permanente o Malattia grave dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale/surroga/accolto del Finanziamento da parte dell'Impresa (qualora l'Impresa non faccia richiesta, al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accolto del finanziamento di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria).]



Come posso disdire la polizza?

[L'Impresa può:

- a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- b) recedere a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

Per recedere l'Impresa può scegliere se utilizzare il modulo di recesso disponibile presso la filiale UniCredit S.p.A ove è stato acceso il Finanziamento, oppure inviare apposita comunicazione sempre alla filiale medesima a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Nel solo caso a) l'Impresa può inviare una pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu.]

Assicurazione Temporanea in caso di morte in forma collettiva a Premio Unico ed a Capitale decrescente

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa di Assicurazione: Aviva S.p.A.




Prodotto: CREDITOR PROTECTION (CPI) IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA ABBINABILI AI MUTUI CHIROGRAFARI ED APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARIE - Tar. CP40


Data di realizzazione: 01/01/2019


Che tipo di assicurazione è?

È una polizza Temporanea per il Caso di Morte a Premio Unico ed a capitale decrescente.

L'adesione a questa polizza vita è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva danni facoltativa commercializzata da Aviva Italia S.p.A., avente per oggetto le garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero.

	Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
<ul style="list-style-type: none">• Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: in caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata della Copertura Assicurativa, verrà liquidato ai Beneficiari designati l'importo del Capitale assicurato pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute.	

	Che cosa NON è assicurato?
<ul style="list-style-type: none">✗ Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'Assicurato e pertanto il presente Contratto non prevede prestazioni per eventi quali: invalidità, malattia grave, perdita di non autosufficienza, inabilità di lunga durata. Inoltre il Contratto non prevede prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto o altre coperture di tipo complementare.	

	Ci sono limiti di copertura
<ul style="list-style-type: none">! CAPITALE ASSICURATO: il Capitale assicurato non potrà essere superiore a Euro 500.000,00.! ESCLUSIONI: il capitale non verrà liquidato ai Beneficiari designati qualora il decesso dell'Assicurato sia causato da:<ul style="list-style-type: none">• 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:<ul style="list-style-type: none">○ 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	

<ul style="list-style-type: none">○ 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);
<ul style="list-style-type: none">• 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.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;• Decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

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

- Richiesta di liquidazione;
- Certificato di morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- Documentazione medica;
- Copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento sottoscritto dal responsabile di filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento e dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.



Quando e come devo pagare?

Il Premio unico deve essere corrisposto interamente in via anticipata;; esso sarà sempre finanziato con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento.

Il premio unico è determinato in base:

- all'importo del finanziamento richiesto;
- alla Durata del finanziamento (espressa in mesi interi).

Il premio unico viene pagato dall'Impresa per il tramite della Contraente mediante addebito sul proprio conto corrente, intrattenuto presso la Contraente medesima.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Può essere stipulata la Copertura Assicurativa per durate pari alla durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) nel limite massimo di 120 mesi (10 anni), comprensivi di un eventuale preammortamento.

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di stipula del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, il Questionario Medico e/o al Rapporto di Visita Medica e che l'Impresa abbia corrisposto il Premio contrattualmente previsto.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Non è prevista la revoca dell'adesione.

L'Impresa può esercitare il diritto di Recesso entro 60 giorni dalla Data di decorrenza recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo. In alternativa al modulo l'Impresa potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale della Contraente o a mezzo pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu.

L'Impresa può risolvere la Copertura Assicurativa a seguito di:

- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Impresa nel caso in cui venga restituito alla stessa il rateo di premio non goduto;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente nel caso in cui venga restituito alla stessa il rateo di premio non goduto;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C. nel caso in cui venga restituito alla stessa il rateo di premio non goduto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

Assicurazione Caso Morte, Infortuni, Malattia

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)



Imprese di Assicurazione: Aviva S.p.A. – Aviva Italia S.p.A.

Prodotto: CREDITOR PROTECTION (CPI) IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO COPERTURE
ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA ABBINABILI AI MUTUI
CHIROGRAFARI ED APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARIE - Tar. CP40- CP40M

Data di realizzazione: 01/01/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare la potenziale Impresa Aderente/l'Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione.

L'Impresa Aderente/l'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Aviva S.p.A. Via A. Scarsellini, n. civico 14; CAP 20161; città Milano; tel. +39 02 2775.1; sito internet: www.aviva.it; pec: aviva_spa@legalmail.it.

Aviva Italia S.p.A. Via A. Scarsellini, n. civico 14; CAP 20161; città Milano; tel. +39 02 2775.1; sito internet: www.aviva.it; pec: aviva_italia_spa@legalmail.it. – Numero Verde 800.11.44.33

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

Numero di telefono: 800.11.44.33 - 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
- pec: aviva_spa@legalmail.it.

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

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

Numero di telefono: 800.11.44.33 - sito internet: www.aviva.it.

Indirizzi di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: aviva_italia_spa@legalmail.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@aviva.com
- pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

Aviva Italia S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2282 del 25/5/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3/6/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091.

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di **Aviva S.p.A.** è pari ad Euro 365.418.789,00 di cui il Capitale Sociale ammonta ad Euro 247.000.000,00 e le Riserve patrimoniali ad 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 di Assicurazione stessa è pari al 234%.

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

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di **Aviva Italia S.p.A.** è pari ad Euro 162.118.707,00 di cui il Capitale Sociale ammonta ad Euro 45.684.400,00 e le Riserve patrimoniali ad Euro 104.410.151,00.

L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio dell'Impresa di Assicurazione stessa è pari al 148%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 329%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito dell'Impresa di Assicurazione: www.aviva.it.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

✓ **Ramo Vita:**
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

✓ **Rami Danni:**
Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni si precisa che:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto di quanto segue:

- **Infortuni:** 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 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).
Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura assicurativa.
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.
- **Malattia:** L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata per la quale l'Assicurato abbia ricevuto una diagnosi nel periodo di validità della copertura assicurativa. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Prestazioni in caso di Malattia Grave

Ai fini della presente Copertura Assicurativa sono considerate Malattie Gravi le seguenti patologie:

- Ictus - Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente.
- Cancro - Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno.
- Attacco Cardiaco - Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori: anamnesi di precordialgia tipica, nuove alterazioni elettrocardiografiche, aumento degli enzimi cardiaci.
- Patologia coronarica che richiede intervento chirurgico - Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.
- Insufficienza renale - Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.
- Trapianto di organi principali - L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

✓ **Rami Vita:**
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.

✓ **Rami Danni:**
Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia	Esclusioni	Infortuni	<p>Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa gli Infortuni causati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni; ! 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; ! da depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare, e psicosi, schizofrenia. ! Sono altresì escluse dalla Copertura Assicurativa le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzano nell'infezione da virus H.I.V. e/o nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate. <p>Non sono considerati Infortunio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! le ernie; ! gli avvelenamenti derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni, 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.
		Malattia	<p>Sono escluse dalla Copertura Assicurativa le Malattie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni o uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti; ! derivanti da infezione da virus H.I.V. e/o dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse collegate; ! depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia ed i sinistri da esse direttamente o indirettamente derivanti; ! derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; ! causate da guerre, internazionali o civili (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni; ! causate 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.). <p>Non sono considerate Malattia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! l'infertilità e la sterilità.
Inabilità Temporanea Totale da Infortuni e Malattia	Esclusioni	Infortuni e Malattia	! Sono previste le stesse esclusioni previste per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia
	Franchigia	Infortuni e Malattia	60 giorni. Dopo ciascun Sinistro opererà un nuovo Periodo di Franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa, applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

Malattia Grave	Esclusioni	! Sono previste le stesse esclusioni previste per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia	
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	Esclusioni	Infortuni e Malattia	! Sono previste le stesse esclusioni previste per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortuni e Malattia
	Franchigia	Infortuni e Malattia	7 giorni
RINUNCIA ALLA RIVALSA	L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Impresa, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.		



Che obblighi ho? Quali obblighi hanno le Imprese di Assicurazione?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro:</p> <p>✓ Rami Vita: l'Impresa può inviare le richieste di liquidazione all'Impresa di Assicurazione attraverso la compilazione del Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento oppure presso l'Impresa di Assicurazione. Il Modulo debitamente compilato e con allegata la documentazione di seguito riportata, deve essere inviato ad Aviva S.p.A. - Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano – oppure trasmesso mediante fax nr. 02 2775490. Per semplificare e velocizzare le informazioni e/o la fase di istruttoria i Beneficiari possono rivolgersi al Soggetto Incaricato, presso il quale era stato sottoscritto il contratto. In alternativa è possibile contattare l'Impresa di Assicurazione al numero verde 800.114433 (operativo da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o all'indirizzo e-mail: liquidazioni_vita@aviva.com.</p> <p>1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> • La richiesta andrà sottoscritta e dovrà riportare il numero di polizza; • 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 il legame di parentela con il Contraente di polizza nel caso in cui non ci sia coincidenza del beneficiario con lo stesso. <p>2. CERTIFICATO DI MORTE rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.</p> <p>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:"</p> <p>a. In caso di assenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>b. In caso di esistenza di testamento (sono presenti dei fac-simili delle dichiarazioni sul sito www.aviva.it):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>INOLTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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), 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 possibile contattare il numero verde: 800.11.44.33.

OLTRE ALLA DOCUMENTAZIONE SOPRA RIPORTATA, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE NECESSITA RICEVERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE NEI SEGUENTI CASI:

- minori/interdetti/incapaci;
- presenza di un procuratore;
- beneficiario sia una società;
- beneficiario sia un ente/ una fondazione;
- in caso di liquidazione in successione;
- in presenza di richiesta pervenuta da uno studio legale;

✓ **Rami Danni:**

La Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata entro i termini previsti a Aviva Italia S.p.A. - Servizio Sinistri – mediante una delle seguenti modalità:

- fax al n° 02 2775311,
- mail all'indirizzo: sinistricipi@aviva.com,
- mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

Per effettuare la denuncia, l'Assicurato potrà utilizzare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento, oppure presso l'Impresa di Assicurazione.


Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Impresa, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In caso di Invalità Totale Permanente è richiesta inoltre la seguente documentazione:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche, certificato medico, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del sinistro.

	<p>In caso di <u>Inabilità Temporanea Totale</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia del certificato del Pronto Soccorso; • copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; • copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione; • dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata mensile del finanziamento, in capo all'Impresa, alla data del sinistro; • i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale). <p>In caso di <u>Malattia Grave</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria; • Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; • dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del sinistro. <p>In caso di <u>Ricovero Ospedaliero</u> è richiesta inoltre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • copia del certificato del Pronto Soccorso; • copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; • copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione; • dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata mensile dell'Assicurato, alla data del sinistro.
	<p>Prescrizione:</p> <p>✓ Rami Vita: ai sensi dell'articolo 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. Le Imprese di Assicurazione, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>✓ Rami Danni: Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due 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.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: Le Imprese di Assicurazione provvederanno alla liquidazione dell'importo dovuto – verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento – entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione completa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei sinistri Rami Danni è affidata ad una Struttura Esterna, CIS Insurance Services.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: Non previsto</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Nel caso in cui siano rese da parte dell'Impresa/Assicurato dichiarazioni inesatte o reticenti riguardanti il rischio da assicurare (quali età, stato di salute, malattie e infortuni pregressi) può essere compromesso il diritto alla prestazione a seconda che l'inesattezza/reticenza derivi o meno da dolo o colpa grave.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Rimborso	<p>In caso di <u>anticipata estinzione totale</u> del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o per invalidità Permanente o per Malattia Grave dell'Assicurato), ovvero nei casi di <u>surroga</u> o di <u>accollo</u> del finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento. Le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni e per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.</p> <p>In caso di <u>anticipata estinzione parziale</u>, le Imprese di Assicurazione restituiranno all'Impresa, entro 30 giorni, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto.</p> <p>Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale, della surroga o dell'accollo del finanziamento, in alternativa al rimborso del premio l'Impresa può richiedere per iscritto alle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria che, resteranno commisurate all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto invece il rimborso del premio.</p> <p>✓ Rami Vita: In caso di decesso dell'Assicurato causato da un evento elencato nelle esclusioni riportate nella sezione "CI SONO LIMITI DI COPERTURA?" riportata nel DIP Vita, l'Impresa di Assicurazione liquiderà ai Beneficiari designati la somma dei premi pagati al netto dei costi applicati.</p>
Sconti	Il presente contratto non prevede sconti di alcun tipo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate del DIP Vita e nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Revoca	Le presenti Coperture Assicurative non prevedono l'esercizio della Revoca dell'Adesione in considerazione delle modalità di conclusione del Contratto.
Recesso	<p>RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI (ENTRO 60GG DALLA DATA DI DECORRENZA) Qualora l'Impresa eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa le Imprese di Assicurazione rimborseranno all'Assicurato il premio lordo corrisposto.</p> <p>RECESSO DALLE COPERTURE DANNI (A PARTIRE DALLA QUARTA RICORRENZA ANNUA) Qualora l'Impresa eserciti il diritto di recesso secondo le modalità previste, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa, l'Impresa di Assicurazione rimborserà all'Assicurato la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto. La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa.</p>
Risoluzione	Le Coperture Assicurative sono a premio unico anticipato pertanto non è prevista la sospensione del pagamento dei premi.



A chi è rivolto questo prodotto?

E' un prodotto rivolto ad Imprese (persone giuridiche) che abbiano sottoscritto con Unicredit S.p.A. (Contraente di entrambe le Polizze Collettive Vita e Danni) un Contratto di finanziamento non garantito da ipoteca su beni immobili e che abbiano l'esigenza di tutelare la propria capacità di rimborso dello stesso di fronte ad evento (decesso, invalidità totale permanente, ricovero ospedaliero, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, malattia grave) che colpisca la salute di un proprio uomo chiave (ovvero persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa). Il soggetto assicurato, alla data di decorrenza del Contratto, deve avere un'età compresa tra 18 anni (età anagrafica) e 70 anni non compiuti (età anagrafica), mentre alla data di scadenza originaria del finanziamento deve avere un'età non superiore a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

✓ **Rami Vita:**

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO PERCENTUALE	58,0%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato.

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

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
85,34%


✓ **Rami Danni:**

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

SPESE DI EMISSIONE	Non prevista	l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa a tale titolo
COSTO PERCENTUALE	58,00%	il costo percentuale è già incluso nei Tassi di Premio. Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte del 2,50%.
COSTO PER VISITA MEDICA	Non prevista	i costi per gli eventuali accertamenti sanitari sono a carico dell'Impresa cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria alla quale rivolgersi

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Nella seguente tabella ti riportiamo la quota parte del costo percentuale sopra riportato percepita in media dall'Intermediario:	
QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO	
85,34%	

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Richiesta di informazioni	La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alle Imprese di Assicurazione: Aviva S.p.A. Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano telefax 02 2775 245 reclami_vita@aviva.com.</p> <p>Aviva Italia S.p.A. - SERVIZIO RECLAMI Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano fax 02 2775.245 indirizzo e-mail: cureclami@aviva.com</p> <p>Le Imprese di Assicurazione daranno riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p> <p>I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alle Imprese di Assicurazione, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa Assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n.98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><u>Arbitrato</u> Rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave. 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.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<input checked="" type="checkbox"/> Rami Vita: DISCIPLINA DEI PREMI E DELLE SOMME ASSICURATE I premi di Assicurazione sulla Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.

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.

✓ **Rami Danni:**

IMPOSTE SUI PREMI

Il premio di Assicurazione è soggetto ad un'imposta pari al 2,50% del premio imponibile.

DISCIPLINA DEI PREMI E DELLE SOMME ASSICURATE

Nel caso specifico del presente Contratto, in considerazione della finalità della Convenzione da cui esso discende e della sua natura di Polizza Collettiva destinata ad Imprese che abbiano stipulato contratti di finanziamento, l'eventuale trattamento fiscale del premio e delle prestazioni dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra l'Impresa e gli Assicurati.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, LE IMPRESE DI ASSICURAZIONE HANNO L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

PRIMA DI COMPILARE E SOTTOSCRIVERE IL QUESTIONARIO MEDICO/IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL MODULO DI ADESIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'IMPRESA ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.



Aviva Italia S.p.A.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DANNI
CPI IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILI AI MUTUI CHIROGRAFARI ED APERTURE DI CREDITO
CHIROGRAFARIE**

**POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE DANNI
N° 60459397**

**PER I CASI DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA - INABILITÀ
TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA - MALATTIA GRAVE - RICOVERO
OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA - TAR. CP40M**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il testo integrale della Polizza Collettiva nr. 60459397, stipulata tra UniCredit S.p.A. (Contraente) e Aviva Italia S.p.A. per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, è depositato presso la sede della Contraente della Convenzione e presso la sede di Aviva Italia S.p.A.

L'adesione alla Polizza Collettiva è realizzata mediante sottoscrizione da parte dell'Impresa/Assicurato di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (Copia per l'Impresa/Assicurato, Copia per la Contraente/Impresa di Assicurazione).

La sottoscrizione del Modulo comporta la contemporanea adesione, da parte dell'Impresa/Assicurato, anche alla Polizza Collettiva Vita nr. 210.793, stipulata dalla Contraente con Aviva S.p.A. e avente per oggetto la garanzia morte. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia;
- Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia;
- Malattia Grave;
- Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Al verificarsi di un sinistro, la documentazione sanitaria per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico 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 un Contratto di Finanziamento di durata non superiore a 120 mesi (10 anni), compreso l'eventuale preammortamento.

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

Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

È assicurabile ciascuna persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa la quale abbia:

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

La documentazione sopra indicata verrà sottoposta e valutata da Aviva S.p.A., che si riserva il diritto, una volta esaminata anche la documentazione sanitaria, laddove prevista, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative; l'autorizzazione rilasciata da Aviva S.p.A. sarà vincolante anche per Aviva Italia S.p.A.

Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Impresa.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 – Fino a € 500.000,00	Rapporto di Visita Medica	Rapporto di Visita Medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- l'importo è da intendersi al netto dell'eventuale componente di premio per le presenti Coperture Assicurative;
- l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati.

Si precisa che sia nel caso di un solo Assicurato che di più Assicurati per lo stesso finanziamento, ognuno di essi può essere coperto per l'importo totale richiesto.

Nel caso di più Assicurati il rifiuto da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'adesione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli Assicurati, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati.

ART. 3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" quest'ultima dovrà:

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione all'Impresa di Assicurazione per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione le Coperture Assicurative si intendono operanti per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente - compilando il Modulo Cambio Assicurato - il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede. Si precisa che in questo caso per somma assicurata si intende il Debito residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico, il nuovo Assicurato è ammesso alle Coperture Assicurative con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

Qualora invece sia richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica, è prevista una limitazione temporanea della garanzia: fino a produzione della documentazione assuntiva l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato è limitata ai sinistri riconducibili ad infortuni, cioè eventi fortuiti, violenti ed esterni che abbiano come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Qualora si verificasse un sinistro non riconducibile a infortunio oppure nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Impresa di Assicurazione rifiuti l'adesione alla Copertura Assicurativa, la stessa rimborserà all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rateo di premio versato e non goduto, calcolato secondo la formulazione indicata all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO".

La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente o la Malattia Grave, al netto di eventuali rate insolute.

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio non conseguente ad incidente stradale, l'Impresa di Assicurazione riconoscerà all'Impresa un indennizzo pari a 2 volte la prestazione assicurata.

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio conseguente a incidente stradale, l'Impresa di Assicurazione riconoscerà all'Impresa un indennizzo pari a 3 volte la prestazione assicurata.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia o Malattia Grave, Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche nel caso in cui lo stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati;

- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio non conseguente ad incidente stradale, Euro 1.000.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche nel caso in cui lo stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati;
- in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio conseguente ad incidente stradale, Euro 1.500.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche nel caso in cui lo stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 48 indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

Qualora la prestazione da assicurare sulla base di quanto previsto all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" risulti superiore al massimale di Euro 500.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale del finanziamento assicurato alla Data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

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

Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture assunte con Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica per le Coperture assunte con questo e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purché la stipula del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

Qualora l'Impresa di Assicurazione venisse a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti per le quali l'Impresa di Assicurazione non avrebbe consentito la stipula del Contratto di Assicurazione secondo quanto previsto dall'art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", l'Impresa di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Impresa/Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, recederà dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederà alla restituzione integrale del premio versato all'Impresa, al netto delle imposte, per il tramite della Contraente.

Qualora l'Impresa di Assicurazione venisse a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del Questionario Medico o dell'eventuale Rapporto di Visita Medica per le quali l'Impresa di Assicurazione non avrebbe consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, l'Impresa di Assicurazione potrà esercitare il diritto di recesso dalle Coperture Assicurative con effetto dal giorno in cui ne invierà comunicazione scritta all'Impresa/Assicurato, da farsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula di cui all'art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO", dove per la variabile K, si intenderanno i mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data del recesso (coincidente, in caso di sinistro Morte, con la data del decesso).

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di stipula del finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione al Prodotto Creditor Protection ed il Questionario Medico e/o al Rapporto di Visita Medica.

La decorrenza delle Coperture Assicurative e la durata del Contratto di Finanziamento sono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare all'Impresa, entro 30 giorni dalla data di decorrenza delle Coperture Assicurative, 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 con l'indicazione di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- l'importo del premio versato.

La Durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 120 mesi (10 anni), comprensivi di un eventuale preammortamento.

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

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- Decesso dell'Assicurato;
- Malattia Grave dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Impresa;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.;
- annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle garanzie in seguito a Decesso, Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave di un Assicurato, i premi corrisposti dall'Impresa relativamente alle Coperture Assicurative previste dal presente contratto rimarranno acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente o per Malattia Grave o Decesso di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, l'anticipata estinzione totale del finanziamento.

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

In ambedue i casi, l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave o Decesso.

In alternativa, l'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave di un Assicurato

In tutti questi casi gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

In alternativa al modulo l'Impresa potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, sempre alla filiale della Contraente o a mezzo pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu

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

La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza, l'Impresa può recedere dal Contratto di Assicurazione con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Impresa potrà esercitare tale facoltà con una delle seguenti modalità:

- recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura Assicurativa e compilando l'apposito modulo;
- oppure,
- inviando apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale della Contraente;
- o in alternativa,
- inviando la richiesta a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad Aviva Italia S.p.A., Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione pagato e non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = (PP * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1))) + H * (N-K) / N$$

Dove

- R = importo da rimborsare
- P = premio versato
- PP = Premio versato al netto dei costi e tasse riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Recesso. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene il recesso.

In particolare PP e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$PP = PP * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

$$H = H * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

Dove:

Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'assicurato in caso di estinzione parziale

DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del recesso.

La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa.

ART. 9 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dall' Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un premio unico ed anticipato.

Per la determinazione del Premio si procede applicando il tasso lordo (comprensivo di imposte nella misura del 2.50%), pari a 0,0547% all'importo del finanziamento richiesto, moltiplicato per la durata dello stesso (in numero di mesi interi) – comprensiva di un eventuale preammortamento -.

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave dell'Assicurato), ovvero nei casi di surroga o di accollo del

finanziamento, le Coperture Assicurate vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, entro 30 giorni e per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = (PP * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1)) + H * (N-K) / N) * \text{Cap_Estinto} / DR$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PP = Premio versato al netto dei costi e tasse riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale-Parziale/Surroga/Accollo del finanziamento. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di uscita non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene l'uscita.
- Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento dell'estinzione parziale – totale / Surroga / Accollo del finanziamento.

In particolare PP e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$PP = PP * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

$$H = H * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale, della surroga o dell'accollo del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurate fino alla scadenza contrattuale originaria.

In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurate saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, le Coperture Assicurate vengono commisurate al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa.

La Contraente dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, entro 30 giorni, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nel paragrafo precedente.

In alternativa al rimborso parziale del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurate commisurate all'importo dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria.

In caso di anticipata estinzione parziale che avvenisse nei primi 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, l'eventuale rimborso del premio avverrà entro i 30 giorni successivi alla scadenza di tale periodo, qualora l'Impresa non abbia nel frattempo esercitato il diritto di recesso.



Aviva Italia S.p.A.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La Denuncia debitamente compilata e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata a: Aviva Italia S.p.A. - Servizio Sinistri - mediante fax al n° 02 2775311 oppure via mail all'indirizzo: sinistricpi@aviva.com o in alternativa, a mezzo servizio postale all'indirizzo: Via A.Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

Le denunce devono essere esclusivamente inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti.

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

L'Assicurato deve 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.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

L'Impresa o l'Assicurato potranno rivolgersi, per informazioni relative ai Sinistri, al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

Numero Verde 800 89 34 96

dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

ART. 12 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Impresa di Assicurazione, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto e provvede al pagamento delle prestazioni garantite all'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa specificata agli Artt. "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Impresa, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni. Di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".

ART. 15 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. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa e dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto ad Aviva Italia S.p.A. – Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate alla sede legale dell'Impresa.

ART. 17 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa di Assicurazione rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.



Aviva Italia S.p.A.

ART. 18 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 19 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. 20 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 21 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.

ART. 22 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti dell'Impresa di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, l'Impresa di Assicurazione non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 23 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'invalidità totale 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, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Impresa della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 27 "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" e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.

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

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio non conseguente ad incidente stradale, l'Impresa di Assicurazione riconoscerà all'Impresa un indennizzo pari a 2 volte la prestazione assicurata.

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio conseguente a incidente stradale, l'Impresa di Assicurazione riconoscerà all'Impresa un indennizzo pari a 3 volte la prestazione assicurata.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

L'indennizzo non potrà superare i seguenti importi:

- in caso di Invalidità Totale Permanente da malattia: Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio non conseguente ad incidente stradale: Euro 1.000.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio conseguente ad incidente stradale: Euro 1.500.000,00 per Assicurato e per Sinistro;

come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".



Aviva Italia S.p.A.

Nel caso di Infortunio, l'eventuale prestazione già corrisposta a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della liquidazione della prestazione dovuta per l'Invalidità Totale Permanente sarà detratta dall'ammontare totale della prestazione stessa.

ART. 24 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

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. L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

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

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

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

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

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

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

TABELLA INAIL PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 N°1124

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
- per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%

- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18%		15%
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una gamba per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
Perdita di una gamba in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

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.

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.

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 di denuncia della Malattia.

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

ART. 25 DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE IN CASO DI MORTE

Se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione, previa produzione del certificato di morte, liquida all'Impresa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dall'Impresa di Assicurazione con le modalità e nei termini stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione. A tal fine, andrà fornita all'Impresa di Assicurazione la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

ART. 26 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di veicoli 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 subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- infortuni derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. Detta Assicurazione é estesa, in conformità alle Condizioni di Assicurazione, ai rischi di volo. 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 e l'infortunio;
- 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. 27 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa gli Infortuni causati:

- da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza delle coperture assicurative e loro seguiti e conseguenze per i quali sia stata 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 pari o superiore al 20%;
- 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 (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni;

Aviva Italia S.p.A.

- 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;
- da depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare, e psicosi, schizofrenia.

Sono altresì escluse dalla Copertura Assicurativa le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nell'infezione da virus H.I.V. e/o nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate.

Non sono considerati Infortunio:

- le ernie;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. 26 "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.

Sono escluse dalla Copertura Assicurativa le Malattie:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
 - rientranti tra quelle elencate nel questionario stesso, comprese malformazioni e stati patologici, che dovessero risultare già diagnosticati al momento della decorrenza delle coperture assicurative;
 - sottaciute al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
 - per le quali, al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative, Le sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia pari o superiore al 20%, e loro seguiti e conseguenze.
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
 - per le quali, al momento della decorrenza delle coperture assicurative, Le sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia e loro seguiti e conseguenze;
 - sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.
- da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni o uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti da infezione da virus H.I.V. e/o dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse collegate;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia ed i sinistri da esse direttamente o indirettamente derivanti;
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- causate da guerre, internazionali o civili (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni;
- causate 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 considerate Malattia:
l'infertilità e la sterilità.

ART. 28 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. 29 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 delle Coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione.

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'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. 30 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'eventuale Sinistro.

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'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 la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche, certificato medico, relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Impresa, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del sinistro;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA

ART. 31 PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Impresa di Assicurazione garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile del Contratto di Finanziamento (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo dell'inabilità stessa, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro.

L'indennizzo sarà corrisposto con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 48 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

In caso di rata del finanziamento con diversa periodicità si terrà conto della rata mensile equivalente.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

La Copertura di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta:

- in caso di Inabilità Temporanea Totale conseguente a malattia ad un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa; qualora l'Inabilità Temporanea Totale insorga quindi entro sessanta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo;

- ad un Periodo di Franchigia pari a sessanta giorni. Dopo ciascun Sinistro opererà un nuovo Periodo di Franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa; tale nuovo Periodo di Franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.

ART. 32 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

Per i rischi compresi nella garanzia di Inabilità Temporanea Totale si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 26 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI".

ART. 33 ESCLUSIONI

Per le esclusioni dalla garanzia di Inabilità Temporanea Totale si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 27 "ESCLUSIONI".

ART. 34 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. 35 VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO

Si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 29 "VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO".

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO" entro 60 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'eventuale Sinistro.

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'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 la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata mensile del finanziamento, in capo all'Impresa, alla data del sinistro;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Impresa, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

MALATTIA GRAVE**ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE**

La presente garanzia prevede, in caso di Malattia Grave dell'Assicurato nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Impresa della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 39 "ESCLUSIONI".

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

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La Copertura Assicurativa per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza iniziale di 90 giorni; qualora la Malattia Grave avvenga nei primi 90 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 38 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

Il rischio assicurato è l'insorgere di una Malattia Grave. Ai fini della presente Copertura Assicurativa sono considerate Malattie Gravi le seguenti patologie:

- Ictus - Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente.
- Cancro - Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno.
- Attacco Cardiaco - Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori: anamnesi di precordialgia tipica, nuove alterazioni elettrocardiografiche, aumento degli enzimi cardiaci.
- Patologia coronarica che richiede intervento chirurgico - Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.
- Insufficienza renale - Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.
- Trapianto di organi principali - L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

ART. 39 ESCLUSIONI

Per le esclusioni della garanzia Malattia Grave si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 27 "ESCLUSIONI".

ART. 40 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. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..

La denuncia deve contenere l'indicazione della data dell'eventuale Sinistro.

Per data del sinistro si intende la data della certificazione della diagnosi della Malattia Grave

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 dalla Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia di cui al precedente Art. 11

"DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale Rappresentante dell'Impresa;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;

- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Impresa, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del sinistro;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Impresa;
- decreto di nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta di liquidazione;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 42 PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Impresa di Assicurazione garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato in seguito a Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Impresa di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile del Contratto di Finanziamento (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo del ricovero stesso, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro.

L'indennizzo sarà corrisposto con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 48 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

In caso di rata del finanziamento con diversa periodicità si terrà conto della rata mensile equivalente.

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

La Copertura Assicurativa è sottoposta:

- in caso di Ricovero conseguente a Malattia: ad un Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni. Qualora il ricovero avvenga nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.
- in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia o Infortunio: ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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

ART. 43 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

Per i rischi compresi nella garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 26 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI".

ART. 44 ESCLUSIONI

Per le esclusioni dalla garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 27 "ESCLUSIONI".

ART. 45 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. 46 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..

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 la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;



Aviva Italia S.p.A.

- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata mensile dell'Assicurato, alla data del sinistro;
- dichiarazione sottoscritta dall'Impresa con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

Art. 47 COMUNICAZIONI DA PARTE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente, all'Impresa e all'Assicurato, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

L'Impresa di Assicurazione fornisce riscontro a ogni richiesta di informazione presentata dall'Impresa o dall'Assicurato o dagli aventi diritto, in merito alla richiesta di ricevere le Condizioni di Assicurazione, all'esistenza o all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta.

Inoltre, sul sito www.aviva.it, è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Impresa di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto. Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Impresa riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso. Tramite l'Area Clienti l'Impresa può consultare ad esempio le Condizioni di Assicurazione, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.



Aviva Italia S.p.A.

GLOSSARIO

Assicurato

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

Apertura di Credito Chirografaria in Conto Corrente

Il Contratto di Finanziamento stipulato tra l'Impresa e la Contraente non garantito da ipoteca su beni immobili, con il quale la Contraente mette a disposizione sul conto corrente dell'Impresa una somma predeterminata, utilizzabile in una o più volte, nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata potrà essere restituita dall'Impresa alla Contraente secondo un piano di rientro predeterminato.

Banca

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

Carenza

Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della Data di decorrenza delle Coperture Assicurative, durante il quale la garanzia non è operante. 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 il finanziamento e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva Italia S.p.A., per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alle garanzie: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

Contratto di Finanziamento

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

Convenzione Assicurativa

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

Copertura Assicurativa

La garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale l'Impresa di Assicurazione è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza delle Coperture

La data di stipulazione del finanziamento concesso dalla Contraente.

Debito residuo

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

Durata della Copertura Assicurativa

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.



Aviva Italia S.p.A.

Franchigia

La Franchigia per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile ai termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.

La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

Impresa

La Società che ha sottoscritto con la Contraente un finanziamento, rientrante nell'ambito dei Mutui Chirografari/Aperture di Credito Chirografarie. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

Impresa di Assicurazione

Aviva Italia S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini, 14, 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2282 del 25/5/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3/6/2004) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 09197520159.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

La perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria attività lavorativa, a seguito di infortunio o malattia.

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

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 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"

Intermediario

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

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.

Malattia Grave

I casi di neoplasia maligna, cardiopatia coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus cerebrale, insufficienza renale e malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo principale.



Aviva Italia S.p.A.

Mutuo Chirografario

Il Contratto di Finanziamento stipulato tra la Banca e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte della Banca, di un finanziamento a medio e lungo termine, non garantito da ipoteca su immobili.

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 Cambio Assicurato

Il modulo sottoscritto dall'Impresa e dal nuovo Assicurato, mediante il quale il nuovo Assicurato aderisce alla Polizza Collettiva in sostituzione dell'Assicurato uscente.

Modulo di Adesione

Il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione facoltativa al Prodotto Creditor Protection.

Polizza Collettiva

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

Premio

La somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate.

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 di imposte (pari al 2,50%) e dei costi di gestione e di acquisizione.

Prodotto Creditor Protection

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

Questionario Medico

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

Rapporto di Visita Medica

Il modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato, che deve essere compilato da un medico che esercita la professione in Italia.

Rata Mensile

La Rata Mensile del finanziamento.

Ricovero Ospedaliero

La degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di infortunio o malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.



Aviva S.p.A.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VITA
CPI IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILI AI MUTUI CHIROGRAFARI ED APERTURE DI CREDITO
CHIROGRAFARIE**

**POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE VITA
N° 210793**

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE IN FORMA COLLETTIVA A PREMIO UNICO
ED A CAPITALE DECRESCENTE – TAR. CP40**



Aviva S.p.A.

Data ultimo aggiornamento: 1° gennaio 2019

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CREDITOR PROTECTION IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO ABBINABILE AI MUTUI CHIROGRAFARI ED ALLE APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARIE

Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 210.793

Il testo integrale della Polizza Collettiva nr. 210.793 stipulata tra UniCredit S.p.A. e Aviva S.p.A. è depositato presso la sede della Contraente (UniCredit S.p.A.) e presso la Sede di Aviva S.p.A. (Impresa di Assicurazione).

La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate da Aviva Italia S.p.A. mediante la Polizza Collettiva di Assicurazioni Danni nr. 60.459.397

L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection.

ART. 1 PRESTAZIONE ASSICURATA

Il presente Contratto di Assicurazione prevede, in caso di Decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa – e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali - il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 5 "ESCLUSIONI".

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Assicurato e per sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

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

ART. 2 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Il presente Contratto di Assicurazione può essere stipulato qualora l'Impresa sottoscriva un Contratto di Finanziamento di durata non superiore a 120 mesi (10 anni), compreso l'eventuale preammortamento.

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

Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa la quale abbia:

- la residenza in Italia;

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

Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Impresa.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età alla stipula Da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 – Fino a € 500.000,00	Rapporto di Visita Medica	Rapporto di Visita Medica

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

- *devono essere considerate anche altre eventuali Coperture Assicurative caso morte con l'Impresa di Assicurazione;*
- *l'importo è da intendersi al netto dell'eventuale componente di premio per la presente Copertura Assicurativa;*
- *l'importo è da intendersi complessivo nel caso l'Assicurato stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati.*

L'Impresa di Assicurazione:

- relativamente al Questionario Medico, si riserva il diritto una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente al Rapporto di Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'adesione alla Copertura Assicurativa. Tale documento viene inviato all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A., Ufficio Assunzione, Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

Si precisa che sia nel caso di un solo Assicurato che di più Assicurati per lo stesso finanziamento, ognuno di essi può essere coperto per l'importo totale del finanziamento richiesto.

Nel caso di più Assicurati il rifiuto da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'adesione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli Assicurati, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati.

3.1 CESSAZIONE DEL RAPPORTO TRA ASSICURATO E IMPRESA

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità di cui al precedente Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" quest'ultima dovrà:

- dare tempestiva comunicazione dell'avvenuta cessazione alla Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente; in mancanza di tale comunicazione la Copertura Assicurativa si intende operante per l'Assicurato originariamente indicato;
- comunicare alla Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente - compilando il Modulo Cambio Assicurato - il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio, il quale dovrà sottoporsi

alle formalità assuntive di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" che precede. Si precisa che in questo caso per somma assicurata si intende il Debito residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico, il nuovo Assicurato è ammesso alla Copertura Assicurativa con decorrenza dalla data di sottoscrizione del Modulo Cambio Assicurato.

Qualora, invece, sia richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica, è prevista una limitazione temporanea della garanzia: fino a produzione della documentazione assuntiva l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato è limitata ai sinistri riconducibili ad infortuni, cioè eventi fortuiti, violenti ed esterni che abbiano come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Qualora si verificasse un sinistro non riconducibile a infortunio oppure nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Impresa di Assicurazione rifiuti l'adesione alla Copertura Assicurativa, la stessa rimborserà all'Impresa, per il tramite della Contraente, il rateo di premio versato e non goduto, calcolato secondo la formulazione indicata all'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO".

La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

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

L'indennizzo non potrà superare Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche nel caso in cui lo stesso sia coperto per più finanziamenti assicurati.

Qualora la prestazione da assicurare sulla base di quanto previsto all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" risulti superiore al massimale di Euro 500.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale richiesto del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

ART. 5 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata di cui all'Art. 1 "PRESTAZIONE ASSICURATA" è garantita qualunque possa essere la causa del Decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. È 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.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- Decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la seguente formula:

$$R = (PP * ((N-K) * (N-K+1)) / (N * (N+1)) + H * (N-K) / N)$$

Dove:

- a. R = importo da rimborsare
- b. PP = Premio versato al netto dei costi riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- c. H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- d. N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- e. K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Decesso

In particolare PP e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale:

$$PP = PP * (1 - Cap_estinto / DR)$$

$$H = H * (1 - Cap_estinto / DR)$$

Dove:

- Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato in caso di estinzione parziale
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del decesso.

ART. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono 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, l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata all'Art. 5 "ESCLUSIONI" che precede.

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.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dall'Impresa di Assicurazione all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva, devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture assunte con Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica per le Coperture assunte con questo e la Data di erogazione del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In ogni caso, per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al precedente Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ", anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di stipula del finanziamento a condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, il Questionario Medico e/o al Rapporto di Vista Medica - e che l'Impresa abbia corrisposto il Premio contrattualmente previsto. La decorrenza della Copertura Assicurativa e la durata del Contratto di Finanziamento sono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La Contraente provvede ad inviare all'Impresa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, 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 con l'indicazione di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- l'importo del premio versato.

La Durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 120 mesi (10 anni), comprensivi di un eventuale preammortamento.

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

In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per la prestazione che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

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

- Decesso dell'Assicurato;



Aviva S.p.A.

- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente o di Malattia Grave dell'Assicurato nell'ambito delle abbinate Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero ed Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate dall'Impresa di Assicurazione Aviva Italia S.p.A.;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del finanziamento da parte dell'Impresa;
- surrogazione del finanziamento ai sensi della normativa vigente;
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.;
- annullamento o recesso dalla Copertura Assicurativa da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel periodo compreso tra la data di denuncia di Invalidità Totale e Permanente o di Malattia Grave e la data di accertamento e riconosciuta indennizzabilità delle stesse, la prestazione caso morte potrà essere liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Impresa previa denuncia del sinistro ai sensi dell'Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO" che segue, a condizione che il sinistro di Invalidità Totale Permanente o di Malattia Grave sia stato ritenuto non indennizzabile da parte di Aviva Italia S.p.A., Impresa di Assicurazione che presta tale Coperture.

La Garanzia cesserà, senza alcun rimborso di premio, dal giorno in cui verrà liquidato all'Impresa l'indennizzo per Invalidità Permanente Totale o per Malattia Grave derivante dalle abbinate Coperture di Invalidità Totale Permanente o di Malattia Grave prestate dall'Impresa di Assicurazione Aviva Italia S.p.A..

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

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

In ambedue i casi, l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, ad esclusione della Copertura Assicurativa cessata per Decesso.

In alternativa, l'Impresa avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, per gli Assicurati in vita, per i quali non sia stata liquidata la prestazione di Invalidità Totale Permanente o di Malattia Grave, fino alla scadenza originaria del finanziamento.

In tutti questi casi gli indennizzi relativi alla Copertura Assicurativa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO

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

In alternativa al modulo l'Impresa potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno sempre 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, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa.

ART. 9 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Beneficiario è l'Impresa.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del/dei Beneficiario/i inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione una lettera indirizzata a:

Aviva S.p.A. Ufficio Portafoglio - Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

La lettera deve contenere, oltre ai dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, la Data di decorrenza della Copertura Assicurativa e riportare in allegato copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato e del Legale Rappresentante dell'Impresa.

ART. 10 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

La Copertura Assicurativa è prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un Premio unico ed anticipato.

Il premio unico è calcolato applicando il tasso dello 0,0393% all'importo del finanziamento richiesto moltiplicato per la durata dello stesso (espressa in mesi interi) – comprensiva di un eventuale preammortamento -.

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere da parte dell'Impresa.

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

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

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Impresa, entro 30 giorni e per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto calcolata secondo la seguente formula:

$$R = (PP * ((N - K) * (N - K + 1)) / (N * (N + 1)) + H * (N - K) / N) * Cap_Estinto / DR$$

Dove:

- R = importo da rimborsare
- PP = Premio versato al netto dei costi riproporzionato sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di premio, già effettuate
- H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale-Parziale/Surroga/Accollo del finanziamento. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di uscita non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene l'uscita.
- Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa
- DR = debito residuo (s'intende sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento dell'estinzione parziale-Totale/Surroga/Accollo del finanziamento.



Aviva S.p.A.

In particolare PP e H dovranno essere riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale come segue:

$$PP = PP * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

$$H = H * (1 - \text{Cap_estinto} / DR)$$

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale /surroga/accollo del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

In questo caso l'indennizzo relativo alla Copertura Assicurativa sarà commisurato agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene commisurata al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Impresa.

La Contraente dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all' Impresa, entro 30 giorni e per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa all'importo del finanziamento rimborsato ed al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula riportata nel paragrafo precedente.

In alternativa al rimborso parziale del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa commisurata all' importo dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria. In caso di anticipata estinzione parziale che avvenisse nei primi 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, l'eventuale rimborso del premio avverrà entro i 30 giorni successivi alla scadenza di tale periodo, qualora l'Impresa non abbia nel frattempo esercitato il diritto di recesso.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

Per la denuncia può essere utilizzato l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento oppure presso l'Impresa di Assicurazione.

Il Modulo debitamente compilato e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviato ad Aviva S.p.A. - Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano – oppure trasmesso mediante fax nr. 02 2775490.

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.

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 9.00 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.



Aviva S.p.A.

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. **Copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento sottoscritto dal responsabile di filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento e dichiarazione della Banca attestante l'importo del Debito residuo, in capo all'Impresa, alla data del decesso.**

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 9.00 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.



Aviva S.p.A.

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.

ART. 13 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni. Di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".

ART. 14 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. 15 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa all'Impresa di Assicurazione, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto.

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).

ART. 16 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 17 FORO COMPETENTE

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

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

ART. 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.

Art. 19 INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

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 nelle Condizioni di Assicurazione anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.



Aviva S.p.A.

L'Impresa di Assicurazione fornisce riscontro a ogni richiesta di informazione presentata dall'Impresa o dall'Assicurato o dagli aventi diritto, in merito alla richiesta di ricevere le Condizioni di Assicurazione, all'esistenza o all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta.

Inoltre, sul sito www.aviva.it, è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità all'Impresa di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto. Per accedervi basta selezionare l'apposito link presente in homepage e, dopo essersi registrato, l'Impresa riceverà, all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, la necessaria password di accesso. Tramite l'Area Clienti l'Impresa può consultare ad esempio le Condizioni di Assicurazione, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze. L'Impresa potrà richiedere di ricevere le comunicazioni previste nel corso della durata contrattuale in formato elettronico tramite l'Area Clienti del sito www.aviva.it.



Aviva S.p.A.

GLOSSARIO

Assicurato

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

Apertura di Credito Chirografaria in Conto Corrente

Il Contratto di Finanziamento stipulato tra l'Impresa e la Contraente, non garantito da ipoteca su beni immobili, con il quale la Contraente mette a disposizione sul conto corrente dell'Impresa una somma predeterminata, utilizzabile in una o più volte, nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata potrà essere restituita dall'Impresa alla Contraente secondo un piano di rientro predeterminato.

Banca

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

Beneficiario

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

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 il finanziamento e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva S.p.A., per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in caso di Decesso dell'Assicurato.

Contratto di Finanziamento

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

Convenzione Assicurativa

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

Copertura Assicurativa

La garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale l'Impresa di Assicurazione è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi del Decesso dell'Assicurato.

Data di decorrenza della Copertura Assicurativa

La data di stipulazione del finanziamento concesso dalla Contraente.

Decesso

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

Debito residuo

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



Aviva S.p.A.

Durata della Copertura Assicurativa

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

Impresa

La Società che ha sottoscritto con la Contraente un finanziamento, rientrante nell'ambito dei Mutui Chirografari/Apertura di Credito Chirografarie. L'Impresa indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi.

Impresa di Assicurazione

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

Indennizzo

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

Intermediario

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, 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 della Copertura Assicurativa.

Mutuo Chirografario

Il Contratto di Finanziamento stipulato tra la Banca e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte della Banca, di un finanziamento a medio e lungo termine, non garantito da ipoteca su immobili.

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 Cambio Assicurato

Il modulo sottoscritto dall'Impresa e dal nuovo Assicurato, mediante il quale il nuovo Assicurato aderisce alla Polizza Collettiva in sostituzione dell'Assicurato uscente.

Modulo di Adesione

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

Polizza Collettiva

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



Aviva S.p.A.

Premio

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

Premio puro

Importo che **rappresenta** il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione.

Prodotto Creditor Protection

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

Questionario Medico

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

Rapporto di Visita Medica

Il modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato, che deve essere compilato da un medico che esercita la professione in Italia.

Sinistro

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



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

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1 Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata il **28 febbraio 2018**

CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva Italia S.p.A. e Aviva S.p.A., entrambe con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, congiuntamente, la "**Società**"), agiscono, ciascuna per quanto di rispettiva competenza, 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?

Le Società trattano 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?

Le Società trattano 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 avvalgono le 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). Le Società potranno 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, le Società non potranno 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

Aviva S.p.A.

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



Aviva Italia S.p.A.

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



(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 alle 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 alle 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 alle 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?

Le Società hanno 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 alle 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 le Società non ne abbiano 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. Le Società potrebbero 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.



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

Aviva Italia S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1 Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

**MODULO DI ADESIONE
CREDITOR PROTECTION IMPRESE A PREMIO UNICO FINANZIATO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILI AI MUTUI CHIROGRAFARI ED APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARIE**

Data ultimo aggiornamento: 1° gennaio 2019

Adesione Vita N° _____

Adesione Danni N° _____

Dati Finanziamento		
Domanda di Finanziamento N° _____		
Dati Impresa		
Ragione Sociale _____		P.IVA/Codice Fiscale _____
Dati Assicurato		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Dati Copertura Assicurativa		
Durata del Finanziamento in mesi _____		
Importo Richiesto Euro _____	Percentuale quota di Copertura Assicurativa _____%	
Premio Unico Anticipato		
Polizza Vita Euro _____	Polizza Danni Euro _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,50%)	
Totale Euro _____		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Polizza Vita Euro _____	Polizza Danni Euro _____	
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
Polizza Vita: 49,5% del premio pari a Euro _____		Polizza Danni: 49,5% del premio imponibile pari a Euro _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE (valida per l'Impresa e l'Assicurato)

DICHIARO/IAMO che, in caso di accoglimento della domanda di finanziamento (la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), intendo/iamo aderire facoltativamente al Prodotto Creditor Protection che comprende le seguenti Coperture Assicurative: Morte, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero a fronte di apposite Polizze/Convenzioni che la Banca ha stipulato con Aviva S.p.A. (per la Copertura Caso Morte) e con Aviva Italia S.p.A. (per le Coperture Danni) per conto dei propri clienti - e al riguardo,

DICHIARO/IAMO

- di designare quali Beneficiari della Copertura Caso Morte l'Impresa;
- di essere a conoscenza che per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale l'indennizzo verrà corrisposto all'Impresa stessa.

PRENDO/IAMO ATTO

- che in caso di finanziamenti erogati per importi superiori al massimale di Euro 500.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto tra tali massimali e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
- che le suddette garanzie si riferiscono:
 - per la Copertura Caso Morte alla Polizza Collettiva nr.210.793 che la Contraente ha stipulato con AVIVA S.p.A.;
 - per le Coperture Danni:
 - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia,
 - Malattia Grave,

Aviva S.p.A.

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



Aviva Italia S.p.A.

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



- Ricovero Ospedaliero;
 - Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia,
- alla Polizza Collettiva nr. 60.459.397 che la Contraente ha stipulato con Aviva Italia S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al finanziamento richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
 - che l'efficacia delle Coperture Assicurative è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio assicurativo e decorre dal giorno di stipulazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o nei casi previsti all'Art. 7 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Danni. La piena efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione del Questionario Medico riportato su apposito Modulo;
 ovvero
 - alla sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.
- L'accettazione dell'adesione al Prodotto Creditor Protection è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. ed il pagamento del Premio verrà effettuato qualora l'Impresa di Assicurazione abbia comunicato l'accettazione del rischio;
- che si può recedere dal Prodotto Creditor Protection entro 60 giorni dalla Data di decorrenza. L'eventuale Premio lordo pagato viene rimborsato all'Impresa, per il tramite della Contraente, come previsto dall'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione. La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa;
 - che si può recedere dal Contratto di Assicurazione delle Coperture Danni a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. L'Impresa di Assicurazione restituisce all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, come previsto dall'ART. 8 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione. La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Impresa;
 - che il premio relativo alle presenti coperture assicurative è finanziato dalla Banca con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

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, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di un Premio unico alla Data di decorrenza delle Coperture Assicurative;
- di prestare il consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.
- di essere consapevole che, per essere ammesso alle Coperture Assicurative, dovrò, in relazione alla mia età ed alla somma assicurata sottopormi alla modalità assuntiva prevista dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Danni.

SI DA MANDATO irrevocabile alla Banca ad addebitare i Premi assicurativi 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. ed Aviva Italia S.p.A. I premi sono calcolati, in base all'importo richiesto ed alla durata indicati nella domanda di finanziamento, 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 la copia integrale del Set Informativo - ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo precontrattuale (DIP) per i prodotti assicurativi Danni, dal DIP per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo, dal DIP Aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione delle Polizze Danni e Vita comprensive del Glossario, dall'Informativa Privacy e dal fac-simile del presente Modulo di Adesione;**
- **di aver 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 - il disposto dei seguenti articoli:

- Condizioni di Assicurazione Polizza Vita: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Esclusioni; Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 7 Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa; Art. 8 Diritto di Recesso; Art. 12 Denuncia del sinistro; Art. 17 Foro competente; Art. 18 Cessione dei diritti;
- Condizioni di Assicurazione Polizza Danni: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 6 Decorrenza e Durata delle Coperture Assicurative; Art. 7 Diritto di Recesso dal Contratto di Assicurazione; Art. 8 Diritto di Recesso nel corso della Durata Contrattuale; Art. 11 Denuncia del sinistro; Art. 12 Pagamento dell'indennizzo; Art. 19 Foro competente; Art. 21 Cessione dei diritti; Artt. 23-31-37-42 Prestazioni Assicurate; Artt. 27-33-39-44 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 _____

Dopo la sottoscrizione della Copertura Assicurativa, l'Impresa può richiedere alle Imprese di Assicurazione le credenziali per l'accesso alla Sua area riservata (home insurance).

AVVERTENZE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per l'adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;
- c) 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 _____

EDIZIONE 01/2019

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



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



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

Aviva Italia S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it

Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



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