



Aviva S.p.A.

V.le Abruzzi 94 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204

**CREDITOR PROTECTION A PREMIO MENSILE
ABBINATA AI MUTUI RECALL
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
(Tariffa CPI7)**

**per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero
da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Perdita Involontaria
d'Impiego**

- Polizza collettiva nr. 210636 di AVIVA S.p.A
- Polizze collettive nr. 5118537 - 5580868 di Aviva Italia S.p.A.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Perdita Involontaria d'Impiego;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy e sulle Tecniche di Comunicazione a Distanza;
- Modulo di Adesione.

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA





Aviva S.p.A.

1. NOTA INFORMATIVA

CREDITOR PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINATA A MUTUI

Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Mensile ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 210636

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIVA S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.avivaitalia.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@avivaitalia.it

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIVA S.p.A. è pari a Euro 616.764.348,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 429.713.613,12 e le Riserve Patrimoniali a Euro 187.050.735,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 131,85%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il presente Contratto di Assicurazione è un'assicurazione collettiva ad adesione facoltativa, operante esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che la Contraente (UniCredit S.p.A.) ha stipulato con l'Impresa di Assicurazione – Aviva S.p.A. -.

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

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

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.
La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente (UniCredit S.p.A.), un'unica Polizza Collettiva e tante coperture assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i clienti della Contraente intestatari o cointestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per il singolo Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) oppure, in caso di cointestazione e ripartizione pro quota, alla quota che si ottiene dividendo l'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per il numero dei cointestatari assicurati.

Si precisa che, in caso di cointestazione del Finanziamento, per ciascun Contratto di Assicurazione:

- ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali);
oppure:
- ogni cointestatario potrà essere assicurato per l'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazione in caso di decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida al Beneficiario la prestazione assicurativa pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale rimasto da ammortizzare all'epoca del Decesso dell'Assicurato al netto di eventuali rate insolute.

La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 24 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di Finanziamenti di nuova erogazione o di Finanziamenti già in corso per un importo superiore al massimale di Euro 520.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso).

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 25 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alla compilazione del Questionario Sanitario.

4. PREMIO

La prestazione assicurata è garantita previo pagamento all'Impresa di Assicurazione di Premi Mensili di importo costante per tutta la durata contrattuale.

L'importo del premio mensile è calcolato in percentuale dell'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla data di decorrenza.

Il primo premio mensile ed i premi mensili successivi vengono pagati dall'Assicurato mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato stesso intrattenuto presso la Contraente. Il primo premio mensile viene versato dall'Assicurato l'ultimo giorno del mese di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato stesso.

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

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

L'importo di ciascun premio mensile è comprensivo del premio per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego. Tali coperture sono prestate da Aviva Italia S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive Danni e corrisponde il relativo premio - e Aviva Italia S.p.A..

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione - già incluso nel tasso di Premio - riportato all'Art. 10.1 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 32% di ciascun Premio Mensile versato. La quota parte percepita in media dall'Intermediario è pari al 86,33% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio Mensile di Euro 100,00 i costi trattenuti dall' Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 32,00 di cui Euro 27,63 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento la Copertura Assicurativa viene annullata dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento. In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Costo %
32%

Il costo è calcolato su ciascun Premio Mensile versato.

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

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

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

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato.

Precisamente, ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. f) del DPR 917/86, relativamente ad ogni periodo di imposta, è consentita una detrazione nella misura del 19% dell'onere sostenuto dall'Assicurato per i premi relativi alle Assicurazioni di cui sopra versati in tale periodo per un importo complessivamente non superiore ad Euro 1.291,14. L'Assicurato avrà dunque diritto ad una detrazione massima pari ad Euro 245,32.

Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

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

7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8.1 DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all’Art. 25 “ESCLUSIONI” delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 00 del giorno di decorrenza.

La copertura assicurativa si intende operante a condizione che l’Assicurato abbia pagato il primo Premio mensile e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all’efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell’Art. 6 “DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE” delle Condizioni di Assicurazione.

8.3 AMBITO DI APPLICAZIONE

Può essere assicurato il soggetto che abbia ottenuto la concessione di un Finanziamento da parte della Contraente ed abbia aderito alle Polizze Collettive sulla cui persona è stipulata la Copertura.

E’ assicurabile ciascuna persona fisica, che:

- sottoscriva un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata residua massima pari a 40 anni (480 mesi). Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. “PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE” che precede;
- abbia un’età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

9.1 RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l’anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell’indennizzo per Decesso di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicato all’Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, l’anticipata estinzione totale del Finanziamento. Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento. In questo caso gli indennizzi relativi alla Copertura Assicurativa saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dalla Compagnia di Assicurazione al momento dell’anticipata estinzione totale del Finanziamento.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l’anticipata estinzione totale oppure la surroga o l’accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati. Gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento. In questo caso gli indennizzi relativi alla Copertura Assicurativa saranno commisurati agli



Aviva S.p.A.

importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" e dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

9.2 CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

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

Per maggior dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10.2 "CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI" delle Condizioni di Assicurazione.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto di Assicurazione e non prevede la concessione di prestiti.

11. DIRITTO DI RECESSO

11.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo.

In alternativa potrà inviare comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla filiale della Contraente.

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

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

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento oppure presso l'Impresa di Assicurazione ed inviandolo, con allegata la documentazione prevista, ad AVIVA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano.

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

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

Le denunce devono esclusivamente essere inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.



Aviva S.p.A.

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa.

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare i Beneficiari, si rimanda allo specifico Art. 26 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

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

12.2 PRESCRIZIONE

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

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Contratto, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto di Assicurazione sono redatti in lingua italiana.

15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione:

*AVIVA S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI
Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano
telefax 02 2775 245
indirizzo e-mail: reclami_vita@avivaitalia.it.*

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

*ISVAP
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale 21- 00187 Roma
telefono 06.42.133.000.*

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto alla Contraente ed all'Assicurato, in occasione della prima comunicazione prevista dalla normativa vigente da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto di Assicurazione stesso.

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

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione devono essere fatte per iscritto ad AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano (Italia).

18. CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

Il prodotto viene distribuito da UniCredit S.p.A. tramite le filiali contraddistinte "UniCredit Banca", "UniCredit Banca di Roma", "Banco di Sicilia" e "UniCredit Private Banking".

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

* * * * *

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

**Il rappresentante legale
Andrea Battista**



Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2012



Aviva S.p.A.

LA PRESENTE NOTA INFORMATIVA RIPRODUCE QUELLA CONSEGNATA DA AVIVA ITALIA S.P.A. AD AVIVA S.P.A. NELLA SUA QUALITÀ DI CONTRAENTE DELLA POLIZZA COLLETTIVA

1. NOTA INFORMATIVA

CREDITOR PROTECTION A PREMIO MENSILE ABBINATA A MUTUI

- **Coperture Danni: - Invalidità Totale Permanente da Infortunio e da Malattia - Ricovero Ospedaliero da Infortunio e da Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e da Malattia - Perdita Involontaria d'Impiego – Polizze Collettive nr. 5118537 - 5580868**

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

La Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AVIVA ITALIA S.p.A, Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 – sito internet: www.avivaitalia.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_danni@avivaitalia.it
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_danni@avivaitalia.it

AVIVA ITALIA S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2282 del 25/5/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3/6/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIVA ITALIA è pari a Euro 95.915.202,00 di cui Euro 45.684.400,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 50.230.802,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 100,15%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurate cessano nei casi previsti all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

Per la garanzia in caso di Invalidità Totale Permanente coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o con la durata residua (per i Finanziamenti già in corso), anche in caso di successiva modifica della stessa, nel limite massimo di 40 anni (480 mesi) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

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

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista comunque una durata nel limite massimo di 10 anni (120 mesi) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi. La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, in ogni caso, alla data di pensionamento.

La durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

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

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le presenti Coperture sono prestate da Aviva Italia S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive e versa il relativo premio tratto da quello corrispostole dall'Assicurato - e Aviva Italia S.p.A. a favore di tutti i Clienti delle filiali contraddistinte “UniCredit Banca”, “UniCredit Banca di Roma”, “Banco di Sicilia” e “UniCredit Private Banking” di UniCredit S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento ed aderito facoltativamente alle Polizze Collettive – che pertanto assumono la figura di Assicurati -.

Più precisamente le Polizze Collettive presuppongono:

- un unico Contraente (Aviva S.p.A.), e tante Coperture Assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i Clienti delle filiali contraddistinte “UniCredit Banca”, “UniCredit Banca di Roma”, “Banco di Sicilia” e “UniCredit Private Banking” di UniCredit S.p.A. intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per il singolo Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata pari all'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) oppure, in caso di cointestazione e ripartizione pro quota, alla quota che si ottiene dividendo l'importo totale del Finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) per il numero dei cointestatari assicurati.

Si precisa che, in caso di cointestazione del Finanziamento, per ciascun Contratto di Assicurazione:

- ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali); oppure:
- ogni cointestatario potrà essere assicurato per l'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alle Coperture Assicurative soltanto nei confronti di uno degli

stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, le seguenti prestazioni assicurative:

- a) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (valida per tutti gli Assicurati)
- b) prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa)
- c) prestazione in caso di Perdita d'Impiego da Infortunio o Malattia (valida solo per i lavoratori dipendenti del settore privato)
- d) prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (valida solo per i lavoratori autonomi o dipendenti pubblici)

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Impresa di Assicurazione liquida all'Assicurato la prestazione assicurata pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolte.

In caso di liquidazione della prestazione assicurata la Copertura Assicurativa si estingue.

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 27 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di Finanziamenti di nuova erogazione o di Finanziamenti già in corso per un importo superiore al massimale di Euro 520.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed l'importo totale richiesto del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso).

La presente garanzia viene prestata:

- **solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica;**
- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 30 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

Capitale finanziato 500.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 250.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 60%
Postumi da invalidità permanente valutati 60%	Liquidazione di 250.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati.

In alternativa ciascuno degli altri Assicurati, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso.

PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 40 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- **in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia: ad un Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni;**
- **in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia o Infortunio: ad un Periodo di Franchigia di 7 giorni.**

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

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 42 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

Rata mensile del finanziamento da rimborsare = 1.500 Euro	Durata Ricovero ospedaliero	Franchigia di 7 giorni
Ricovero ospedaliero	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
	39 giorni senza soluzione di continuità	Liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia)
	13 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi
Ricoveri ospedalieri di diversa durata con soluzione di continuità durante il periodo della copertura assicurativa	Totale di 40 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi per sinistro con il massimo di 36 rate periodo per tutta la durata della polizza
Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza)	Durata ricovero ininfluente	Nessuna liquidazione

PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;

l'Impresa di Assicurazione liquida mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

La Copertura Assicurativa per la Perdita d'Impiego è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

Qualora l'Assicurato stia ricevendo dall'Impresa di Assicurazione il pagamento dell'indennizzo ed intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico dovrà informare tempestivamente per iscritto l'Impresa di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 45 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 46 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino alla data di pensionamento dell'Assicurato.**

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

DIPENDENTE PRIVATO	RATA MENSILE DOVUTA = 300 EURO	
Perdita d'impiego per chiusura azienda	Indennizzo mensile di 300 Euro	indennizzo per un massimo di 12 rate
Perdita d'impiego per altre cause previste ai termini di polizza	Liquidazione della rata mensile successiva di 300 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di disoccupazione	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di disoccupazione Ad esempio: Durata disoccupazione = 60 giorni Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia ; scadenza rata successiva in copertura
Perdita d'impiego per dimissioni del dipendente		Nessun indennizzo
Perdita d'impiego durante il periodo di carenza iniziale	Carenza = 60 giorni	Nessun indennizzo
Cambiamento di attività lavorativa da Dipendente privato a lavoratore autonomo.	Rata mensile di 2.500 Euro	Nessun indennizzo di perdita d'impiego

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 34 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro è sottoposta:

- **in caso di inabilità Temporanea e Totale conseguente a Malattia ad un Periodo di Carenza di 60 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 36 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore a 75 anni.**

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

Rata mensile da rimborsare = 2.500 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 2.000 Euro	Franchigia assoluta = 60 giorni
Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile di 2.000 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 90 giorni; Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio e 28 Agosto in franchigia; scadenza rata successiva in copertura
Inabilità temporanea totale al lavoro	Durata della inabilità =30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 60 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluenza.

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

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

5. PREMI

Il Premio relativo alle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è versato da Aviva S.p.A. ed è incluso nel premio corrisposto dall'Assicurato.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10.1 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione - già incluso nei tassi di Premio - riportato all'Art. 10.1 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 32% del Premio Mensile versato.

A titolo esemplificativo per un Premio Mensile di Euro 100,00 i costi trattenuti dall' Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 32,00.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di invalidità totale permanente, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento le Coperture Assicurative vengono annullate dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

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

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

6. RIVALSA

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

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

7.2 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso, conseguentemente il pagamento dei premi mensili verrà interrotto a partire dalla prima mensilità successiva alla data di effetto.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà inviando la richiesta a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad AVIVA ITALIA S.p.A. - per il tramite di AVIVA S.p.A. - Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In base all'art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 209/05) al Contratto di Assicurazione si applica la legge italiana.

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

10.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

Le somme percepite a seguito di Perdita d'Impiego costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro disponibile presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento oppure presso l'Impresa di Assicurazione.

Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato a CNP Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri).



Aviva S.p.A.

Le denunce devono essere esclusivamente inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

L'Assicurato potrà rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

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

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 33-39-44-47 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione AVIVA ITALIA S.p.A. - per il tramite di AVIVA S.p.A. – *SERVIZIO RECLAMI* - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano *telefax 02 2775.245 indirizzo e-mail: cureclami@avivaitalia.it.*

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

ISVAP Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21- 00187 Roma telefono 06.42.133.000.

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

13. ARBITRATO

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici.



Aviva S.p.A.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

* * * *

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

**Il rappresentante legale
Andrea Battista**

A handwritten signature in black ink that reads "Andrea Battista".

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2012



Aviva S.p.A.

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il testo integrale della Polizza Collettiva nr. 210636, di cui alla Convenzione n 0055/T, stipulata tra UniCredit S.p.A. e AVIVA S.p.A. è depositato presso la sede della Contraente (UniCredit S.p.A.) e presso la Sede di Aviva S.p.A. (Impresa di Assicurazione).

I testi integrali delle Polizze Collettive nr. 5118537 e 5580868, stipulate tra AVIVA S.p.A. e AVIVA ITALIA S.p.A. per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Perdita d'Impiego, sono depositati presso la sede della Contraente della Convenzione per le Coperture Danni (AVIVA S.p.A.) e presso la Sede di Aviva Italia S.p.A..

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da AVIVA S.p.A. per tutti gli Assicurati;
- Invalidità Totale Permanente, prestata da AVIVA ITALIA S.p.A. per tutti gli Assicurati;
- Ricovero Ospedaliero, prestata da AVIVA ITALIA S.p.A. solo per chi non esercita alcuna attività lavorativa al momento del sinistro;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro, prestata da AVIVA ITALIA S.p.A. solo per i lavoratori autonomi o Dipendenti Pubblici;
- Perdita d'Impiego, prestata da AVIVA ITALIA S.p.A. solo per i Lavoratori Dipendenti del settore privato.

Le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Perdita d'Impiego sono prestate da Aviva Italia S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive e corrisponde il relativo premio - e Aviva Italia S.p.A. a favore di tutti i Clienti delle filiali contraddistinte “UniCredit Banca”, “UniCredit Banca di Roma”, “Banco di Sicilia” e “UniCredit Private Banking” di UniCredit S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento ed aderito facoltativamente alle Polizze Collettive.

Le garanzie sono prestate dalle Imprese di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Al verificarsi di un sinistro, la documentazione sanitaria per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano. La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida senza limiti territoriali solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse.

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

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

E' assicurabile ciascuna persona fisica che abbia:

- sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata residua massima di 40 anni (480 mesi). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 “LIMITI DI INDENNIZZO” che segue;

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

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

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

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

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

L'Impresa di Assicurazione, relativamente al Questionario Medico ed alla Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A., Ufficio Assunzione, Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano.

Si precisa che in caso di contestazione del finanziamento, per ciascun Contratto di Assicurazione:

- ogni cointestatario potrà essere assicurato pro quota (con capitale assicurato in parti uguali); oppure:
- ogni cointestatario potrà essere assicurato per l'importo totale del finanziamento richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o per l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso).

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento la mancata accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'ammissione alle Coperture Assicurative soltanto nei confronti di uno degli

stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) in linea capitale, al netto di eventuali rate insolte.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Totale Permanente Euro 520.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego – Ricovero Ospedaliero: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

In caso di finanziamenti di nuova erogazione o di Finanziamenti già in corso per un importo superiore al massimale di Euro 520.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla Data di decorrenza 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 delle Imprese di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dall'Impresa di Assicurazione all'atto dell'adesione alle Polizze Collettive, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di decorrenza delle Coperture Assicurative, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A., per il tramite della Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per ciascun Assicurato, le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di pagamento del primo premio mensile da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione a condizione che il Modulo di Adesione sia stato sottoscritto da parte dell'Assicurato stesso.

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

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

Per le garanzie in caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o con la durata residua (per i Finanziamenti già in corso), anche in caso di successiva modifica della stessa, nel limite massimo di 40 anni (480 mesi) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

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

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista comunque una durata nel limite massimo di 10 anni (120 mesi) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

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

La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, in ogni caso, alla data di pensionamento.

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

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

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

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale Permanente di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicato all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, l'anticipata estinzione totale del Finanziamento. Gli altri Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria del Finanziamento. In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento.

Nel caso vi siano più Assicurati del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati. Gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del Finanziamento. In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione 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 dovrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla filiale della Contraente. L'eventuale premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso; conseguentemente il pagamento dei premi mensili cesserà a partire dalla prima mensilità successiva alla data di effetto.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà inviando la richiesta a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad Aviva Italia S.p.A, per il tramite di Aviva S.p.A., Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiari della prestazione caso morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato, salvo diversa designazione effettuata dallo stesso nel Modulo di Adesione. Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

- richiesta scritta indirizzata all'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. – Ufficio Portafoglio – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano con allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato. La richiesta deve contenere, oltre ai dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, la data di decorrenza delle Coperture Assicurative;

oppure

- disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile (artt. 1920 e 1921).

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è l'Assicurato stesso.

ART. 10 PREMIO

10.1 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione di Premi Mensili di importo costante per tutta la durata contrattuale.

L'importo totale di ciascun Premio Mensile è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) stesso alla data di decorrenza.

Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

Copertura Morte	0,0306%
Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego)	0,0144% (*)
Tasso di premio totale	0,045%

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

Le Coperture Danni sono prestate da Aviva Italia S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive Danni e corrisponde il relativo premio - e Aviva Italia S.p.A..

Il primo premio mensile ed i premi mensili successivi vengono pagati mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato intrattenuto presso la Contraente. Il primo premio mensile viene versato dall'Assicurato l'ultimo giorno del mese di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato stesso. L'addebito dei premi mensili successivi viene effettuato alla fine di ogni mese.

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

In caso di più Cointestatari dello stesso Finanziamento con ripartizione dell'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o dell'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso), il Premio per ogni Assicurato è calcolato sulla base della quota percentuale dell'importo totale richiesto/dell'importo del debito residuo relativa ad ogni Cointestatario.

10.2 CESSAZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

L'Assicurato ha la facoltà di cessare il pagamento dei premi recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:
AVIVA S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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

- non è più possibile riattivare le coperture assicurative;
- le coperture assicurative si risolvono ed i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione;
- non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione.

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

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Totale Permanente di un Assicurato), ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata

estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento come riportato all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE".

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

I premi pagati restano acquisiti dall'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato non dovrà più corrispondere i successivi premi.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare all'Impresa di Assicurazione, potrà continuare a corrispondere i successivi premi mantenendo in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

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

In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

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

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati compilando 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, con allegata la documentazione prevista, deve essere inviato ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: AVIVA S.p.A. - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego): CNP Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri).

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

SERVIZIO CLIENTI

Numero Verde 800 123 775

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

Le denunce devono essere esclusivamente inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

Le Imprese di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

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

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

L' Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da 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'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio dell'Assicurato.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente – in occasione del collocamento delle Coperture Assicurative e sotto la sua responsabilità – provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo.

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

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

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

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

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dal D.Lgs. n. 28 del 4.3.2010, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia.

ART. 21 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. 22 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. 23 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

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (VALIDA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

ART. 24 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI".

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

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

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

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

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 25 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata di cui all'Art. 24 "PRESTAZIONI ASSICURATE" è garantita qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali e per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;
- uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatesi e, solo per le garanzie prestate senza visita medica, malattie già in essere alla data di decorrenza della Copertura;
- pratica di attività sportive professionistiche;

- pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate
- stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

ART. 26 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di decesso dell'Assicurato i Beneficiari dovranno denunciare il Sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a AVIVA S.p.A. Ufficio Liquidazioni, V.le Abruzzi 94 – 20131 Milano, allegando al modulo, di cui al precedente Art. 12 “DENUNCIA DEL SINISTRO”, la seguente documentazione:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute o del questionario medico;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data di decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;

- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero e successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
 - copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità;
 - copia del codice fiscale;
 - dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
- se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri eredi legittimi oltre a quelli indicati);
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di

- agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, indicandone il numero di polizza, con esonero dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
 - in presenza di procura, procura che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal Contratto di Assicurazione indicandone il numero di polizza; segnaliamo in merito che non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie.

Inoltre, in presenza di particolari esigenze istruttorie e, al fine di integrare le risultanze già acquisite, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione delle circostanze in cui si è verificato il Decesso dell'Assicurato, quali :

- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche
- Verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del Decesso da presentarsi nel caso in cui la morte sia avvenuta in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio;
- Decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (VALIDA PER TUTTI GLI ASSICURATI)

ART. 27 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'invalidità totale e permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 30 "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".

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

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

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

Finanziamenti di nuova erogazione) o l'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 28 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

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

<ul style="list-style-type: none"> • in pronazione 	45%		40%
<ul style="list-style-type: none"> • in supinazione 	55%		50%
<ul style="list-style-type: none"> • 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%
<ul style="list-style-type: none"> • in semipronazione 	22%		18%
<ul style="list-style-type: none"> • in pronazione 	25%		22%
<ul style="list-style-type: none"> • in supinazione 	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
Perdita di una coscia 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. 29 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- Infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- Infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Infortuni 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;
- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione – escluso il virus H.I.V. – 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. 30 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa gli Infortuni causati:

- da eventi accaduti anteriormente alla data di effetto della sottoscrizione del Modulo di Adesione e loro seguiti e conseguenze;
- 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.

Sono altresì escluse dalla Copertura Assicurativa le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Non sono considerati Infortunio:

- le ernie;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. 29 "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:

- preesistenti alla data di effetto della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni o uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
- 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 considerati Malattia:

- l'infertilità e la sterilità;
- relativamente alla sola garanzia Inabilità Temporanea Totale, la gravidanza e le patologie connesse, il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

ART. 31 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 a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 32 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 e 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'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

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

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal soggetto munito di potere di firma;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (VALIDA SOLO PER I LAVORATORI AUTONOMI O DIPENDENTI PUBBLICI)

ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Impresa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo dell'inabilità stessa, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

L'indennizzo sarà corrisposto con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

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 e Totale è sottoposta:

- in caso di inabilità Temporanea e 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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 35 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

Per i rischi compresi nella garanzia di Inabilità Temporanea e Totale si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 29 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI".

ART. 36 ESCLUSIONI

Per le esclusi dalla garanzia di Inabilità Temporanea e Totale si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 30 "ESCLUSIONI".

ART. 37 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. 38 VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO

Si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 32 "VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO".

ART. 39 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) entro 60 giorni dalla data del sinistro 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 data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

La denuncia dell'infortunio o della malattia, deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- attestato che certifichi la sua condizione di Dipendente Pubblico o di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- 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;
- 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;
- 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)
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA O INFORTUNIO (VALIDA PER I NON LAVORATORI)

ART. 40 PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Impresa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia o Infortunio, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo del ricovero stesso, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

L'indennizzo sarà corrisposto con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

La 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.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 41 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

Per i rischi compresi nella garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 29 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI".

ART. 42 ESCLUSIONI

Per le esclusioni dalla garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 30 "ESCLUSIONI".

ART. 43 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. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Ricovero l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) entro 60

giorni dalla data del sinistro 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.

La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento inoltre deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- 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 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'Assicurato con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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.

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO (VALIDA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO)

ART. 45 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;

indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione, l'Impresa di Assicurazione, liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo della disoccupazione stessa, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente. L'indennizzo sarà corrisposto con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

La Copertura Assicurativa per la Perdita d'Impiego è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di 60 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa.

Nel caso in cui durante il periodo di validità dell'Assicurazione l'Assicurato Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore diventi Lavoratore Dipendente Privato, la garanzia Perdita di Impiego sarà operante con un Periodo di Carenza di sessanta giorni dalla data di variazione della posizione lavorativa ed a patto che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova.

Qualora l'Assicurato stia ricevendo dall'Impresa di Assicurazione il pagamento dell'indennizzo ed intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico dovrà informare tempestivamente per iscritto l'Impresa di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 9 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 46 ESCLUSIONI

Nessun Indennizzo è dovuto dall'Impresa di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore dipendente di Ente Pubblico o un Non Lavoratore.

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dall'Impresa di Assicurazione in caso di:

- licenziamenti dovuti a “giusta causa”;
- dimissioni;
- licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- licenziamenti a seguito del raggiungimento dell’età richiesta per il diritto a “pensione di vecchiaia”;
- cessazioni alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
- risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- messa in “mobilità” del lavoratore dipendente che, nell’arco del periodo di “mobilità” stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di disoccupazione che diano luogo all’indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, Ordinaria ed Edilizia;
- contratti di lavoro stipulati all’estero, salvo che il rapporto di lavoro sia regolato dalla legge italiana.

ART. 47 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

L’Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) la propria disoccupazione inviando il Modulo di cui al precedente Art. 12 “DENUNCIA DEL SINISTRO”, ed allegando la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell’Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell’iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l’impiego;
- Certificato di “Disponibilità al Lavoro” (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l’impiego);
- 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’Assicurato con indicati Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

L’Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione all’Impresa di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di disoccupazione.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2012



Aviva S.p.A.

3. GLOSSARIO

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dalla Contraente, che abbia aderito alle Polizze Collettive.

Banca

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

Beneficiario

Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata: per la Copertura Caso Morte gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato salvo diversa designazione; per le altre Coperture l'Assicurato stesso.

Carenza

Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza delle Coperture Assicurative, durante il quale le garanzie non sono operanti. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

Cointestatario

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

Contraente

UniCredit S.p.A., capogruppo del Gruppo Bancario UniCredit, Sede Sociale Via Alessandro Specchi 16 - 00186 Roma - Direzione Generale Piazza Cordusio - 20123 Milano: Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva S.p.A., per conto degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale l'Impresa di Assicurazione, a fronte del pagamento di premi mensili di importo costante, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

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 -.

Aviva S.p.A. sottoscrive inoltre una Convenzione con Aviva Italia S.p.A. per le Coperture Danni a favore di tutti i Clienti delle filiali contraddistinte "UniCredit Banca", "UniCredit Banca di Roma", "Banco di Sicilia" e "UniCredit Private Banking" di UniCredit S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i Finanziamenti di durata non superiore a 40 anni e che hanno aderito facoltativamente alle Polizze Collettive.

Contratto di finanziamento già in corso

Finanziamenti già erogati dalla Contraente all'Assicurato in data antecedente rispetto a quello di sottoscrizione delle presenti Coperture Assicurative.

Contratto di finanziamento di nuova erogazione

Finanziamenti stipulati tra la Contraente e l'Assicurato alla stessa data di sottoscrizione delle presenti Coperture Assicurative.



Aviva S.p.A.

Copertura Assicurativa

La garanzia assicurativa prestata dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di decorrenza delle Coperture

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di pagamento del primo premio mensile da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione a condizione che il Modulo di Adesione sia stato sottoscritto da parte dell'Assicurato stesso.

Decesso

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

Debito residuo

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

Disoccupazione

La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente Privato, che:

- abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali.

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.

Franchigia

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a 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 di Assicurazione

- Per la copertura morte: AVIVA S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 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
- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego): AVIVA ITALIA S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP 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. **Aviva Italia presta le Coperture Danni mediante Polizze Collettive stipulata con Aviva SpA – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive - a favore di tutti i Clienti delle filiali contraddistinte “UniCredit Banca”, “UniCredit Banca di Roma”, “Banco di Sicilia” e “UniCredit Private Banking” di UniCredit S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i Mutui di durata non superiore a 40 anni e che hanno aderito alle Polizze Collettive.**

Ogni volta che nelle Condizioni di Assicurazione si fa riferimento all'Impresa di Assicurazione si intende Aviva S.p.A..



Aviva S.p.A.

Inabilità Temporanea e 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 dalle Imprese di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili ai termini del Contratto di Assicurazione.

Invalidità Totale e 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.

Istituto di Cura

Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Autonomo

La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (si veda la definizione di Lavoratore Dipendente al punto successivo) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Sono altresì considerati Lavoratori Autonomi i cosiddetti "Lavoratori a Progetto", nonché i Lavoratori Dipendenti il cui contratto non sia regolato dalla legge italiana.

Lavoratore Dipendente di ente privato

La persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art.50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere : a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

La persona fisica che sia Lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione.

A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;



Aviva S.p.A.

- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

Malattia

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

Margine di Solvibilità

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

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Perdita d'Impiego

Lo stato di disoccupazione a seguito di giustificato motivo oggettivo o messa in mobilità indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione.

Polizze Collettive

Per la Copertura Caso Morte la Polizza collettiva stipulata dalla Contraente UniCredit S.p.A. con AVIVA S.p.A., disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione a cui abbia aderito l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione.

Per le Coperture Danni le Polizze Collettive stipulate dalla Contraente Aviva S.p.A. con Aviva Italia S.p.A.

Premio

La somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per le Coperture Assicurative prestate. I premi sono mensili, costanti e pagati dall'Assicurato alla Contraente mensilmente. L'importo del premio è comprensivo del premio per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego prestate da Aviva Italia S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata con Aviva S.p.A..

Premio puro

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

Questionario Medico

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

Rapporto Visita Medica

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



Aviva S.p.A.

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.

Rata Mensile

La Rata Mensile del finanziamento.

Sinistro

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

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2012



Aviva S.p.A.

4. INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali l'Impresa di Assicurazione informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

** Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da AVIVA S.p.A., da Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto,
- redistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

L'Impresa di Assicurazione chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Impresa di Assicurazione ha necessità di trattare anche dati "sensibili" (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali), in particolare quelli idonei a rilevare lo stato di salute, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi - come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri -. Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a: AVIVA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati l'Impresa di Assicurazione non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio). Le informazioni relative alle operazioni poste in essere dagli interessati, ove ritenute "sospette" ai sensi della normativa antiriciclaggio (art. 41, comma 1 del decreto legislativo 21 novembre 2007, nr. 231), potranno essere comunicate dall'Impresa ad altri Intermediario finanziari appartenenti al Gruppo AVIVA.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. L'Impresa di Assicurazione utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto dell'Impresa di Assicurazione, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto dell'Impresa di Assicurazione (legali, medici, Impresa di Assicurazione di servizi per il quietanzamento, Impresa di Assicurazione di servizi informatici e telematici o di archiviazione, Impresa di Assicurazione di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), Impresa di Assicurazione di revisione e di consulenza, Impresa di Assicurazione di informazione commerciale per rischi finanziari, Impresa di Assicurazione di servizi per il controllo delle frodi, Impresa di Assicurazione di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, l'Impresa di Assicurazione precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

L'Impresa di Assicurazione informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a: Servizio Privacy - AVIVA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it

L'Amministratore Delegato pro tempore è titolare del trattamento dei dati personali per l'area industriale e amministrativa.

MODULO DI ADESIONE

CREDITOR PROTECTION A PREMIO MENSILE COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA ABBINATE AI MUTUI (Tariffa CPI7)

Dati Mutuo		
Domanda di Mutuo _____	<input type="checkbox"/> NUOVA EROGAZIONE	<input type="checkbox"/> GIÀ EROGATO
		Stipulato il _____
Dati Assicurato		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
Dati copertura assicurativa		
Durata del Mutuo in mesi _____	Durata residua del Mutuo in mesi (solo per Finanziamenti già erogati): _____	
Importo totale erogato/Debito residuo Euro _____	Percentuale quota di Copertura Assicurativa _____ %	
Prestazione Iniziale Assicurata Euro _____		
Premio		
Premio mensile Euro _____		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Costi complessivi Euro _____		
Importo percepito dall'Intermediario		
Importo medio percepito dall'Intermediario Euro _____		

DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE

DICHIARO che, in relazione al finanziamento (in caso di Finanziamenti già in corso) o in caso di accoglimento della domanda di finanziamento (in caso di Finanziamenti di nuova erogazione), la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa, intendo aderire facoltativamente alle coperture assicurative Morte, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego a fronte di apposita polizza/convenzione che la Banca ha stipulato con AVIVA S.p.A. (per la Copertura Caso Morte) e AVIVA S.p.A. con AVIVA ITALIA S.p.A. (per le Coperture Danni) – e al riguardo,

DICHIARO

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

PRESO ATTO

- che in caso di Finanziamenti di nuova erogazione/Finanziamenti già in corso per importi superiori al massimale di Euro 520.000,00, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto tra tali massimali e l'importo totale richiesto/importo del debito residuo del finanziamento alla data di decorrenza della copertura assicurativa;
- che le suddette garanzie, per la Copertura Caso Morte (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva nr. 210636 che la Contraente ha stipulato con AVIVA S.p.A. e per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Totale e Temporanea da infortunio o malattia, Perdita d'Impiego) si riferiscono alle polizze collettive nr. 5118537 e 5580868 che Aviva S.p.A. ha stipulato con Aviva Italia S.p.A. a favore di tutti i Clienti delle filiali contraddistinte "UniCredit Banca", "UniCredit Banca di Roma", "Banco di Sicilia" e "UniCredit Private Banking" di UniCredit S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i Mutui ;
- che le suddette garanzie abbinata al Finanziamento richiesto/in essere 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 (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure alla sottoscrizione del presente modulo (per i Finanziamenti già in corso), oltre che all'avvenuto pagamento del primo premio mensile e decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del primo premio mensile da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione, a condizione che il presente Modulo di Adesione sia stato sottoscritto da parte dell'Assicurato stesso e termina alla data di scadenza del finanziamento o nei casi previsti all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata:
 - o alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", di seguito riportata; ovvero
 - o alla sottoscrizione dell'eventuale questionario sanitario e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. In tali casi l'emissione del Contratto è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione ed il pagamento del premio verrà effettuato qualora l'Impresa abbia comunicato l'accettazione del rischio;

DICHIARO espressamente:

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- di aderire, in qualità di Assicurato, alle polizze collettive suindicate, che prevedono il versamento di premi mensili dalla data di decorrenza delle Coperture Assicurative per tutta la durata/residua del finanziamento;
- di prestare il consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.
- di essere consapevole che, per essere ammesso alle Coperture Assicurative, dovrò, in relazione alla mia età ed alla somma assicurata sottopormi alla modalità assuntiva prevista dall'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" delle Condizioni di Assicurazione;

SI DA MANDATO irrevocabile alla Banca ad addebitare l'importo dei premi assicurativi sul conto corrente dell'Assicurato trattenuto presso la Banca medesima e ad effettuare in nome o per conto dello stesso il pagamento ad AVIVA S.p.A. I premi mensili sono dovuti per una durata pari alla durata originale/residua del finanziamento e sono calcolati, in base all'importo totale richiesto (per i Finanziamenti di nuova erogazione) oppure all'importo del debito residuo (per i Finanziamenti già in corso) secondo le modalità determinate nelle Condizioni di Assicurazione.

_____, _____
luogo data Firma dell'Assicurato

DICHIARO ALTRESI'

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy ed il presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto;
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

_____, _____/_____/_____
luogo data Firma dell'Assicurato

DICHIARO

di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Art. 5 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 6 (Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa), Art. 12 (Denuncia del sinistro), Art. 13 (Obblighi dell'Assicurato e dell'Impresa in caso di sinistro), Art. 20 (Foro competente), Art. 21 (Cessione dei diritti), Art. 24-27-34-40-44 (Prestazioni Assicurate), Art. 25-30-36-42-45 (Esclusioni).

_____, _____/_____/_____
luogo data Firma dell'Assicurato

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PREVISTO)

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

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (solo per importi fino a 200.000 Euro e 60 anni di età)

Al fine delle suddette coperture assicurative DICHIARO inoltre di :

- Non essere stato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza)
- Non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi
- Non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).
- Non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)

Prosciolgo dal segreto tutti i medici nonché gli Enti ed Istituti pubblici o privati, in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardano, autorizzandoli a rilasciare informazioni sulle mie/nostre condizioni all'Impresa di Assicurazione e ad altri Enti a fini assicurativi e riassicurativi.

Dichiaro di essere consapevole che le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Nel caso di Finanziamenti di nuova erogazione qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di erogazione del finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione all'Impresa di Assicurazione per il tramite del Contraente prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Dichiaro agli effetti della validità della presente assicurazione, di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'interessato (Assicurato), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003) – riportata nel Fascicolo Informativo – acconsente al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

_____, ____/____/____
luogo data

Firma dell'Assicurato _____

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

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

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

Firma Assicurato _____

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2012

EDIZIONE 06/2012