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

CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI MUTUI
PER LAVORATORI AUTONOMI, DIPENDENTI PUBBLICI, NON LAVORATORI
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
(Tariffa CP46M)

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni
N° 60861636

per i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero – Malattia Grave

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTENENTE:

- Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo
- Fascicolo Informativo

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

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

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

Assicurazione Creditor Protection

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: "CPI a Premio Unico abbinabile ai Mutui per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori (Tariffa CP46M)"

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa, dedicata alle persone fisiche, Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori, che sottoscrivono con UniCredit S.p.A. un Contratto di Mutuo, che copre il rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Malattia Grave. L'adesione a questa polizza danni è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva vita facoltativa commercializzata da Aviva S.p.A., avente per oggetto la garanzia Decesso.

Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
In caso di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, a causa di Infortunio o Malattia, è previsto il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Assicurato della somma assicurata al momento del sinistro;

✓ Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia
In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia, è prevista la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare di ciascuna rata mensile del Contratto di Finanziamento (comprensiva di capitale ed interessi) scadente durante il periodo del ricovero stesso, quale risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di Copertura Assicurativa;

✓ Malattia Grave
In caso di Malattia Grave nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa, è previsto il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Assicurato di un indennizzo pari a 10 rate mensili (comprensive di capitale ed interessi), come risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicate per la percentuale quota di Copertura Assicurativa.

La somma assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute, moltiplicato per la quota percentuale per la quale è stata stipulata la Copertura Assicurativa,e non può essere superiore ad Euro 520.000,00.

L'indennizzo non puo' superare:
- in caso di Invalidità Totale Permanente, l'importo di Euro 520.000,00 per Assicurato e per Sinistro;
- in caso di Ricovero Ospedaliero, l'importo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 36 indennizzi mensili per tutta la durata delle Coperture Assicurative;
- in caso di Malattia Grave, Euro 2.000,00 per ciascuna rata mensile e per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

Che cosa non è assicurato?

Le persone fisiche che:
✗ sottoscrivano un Contratto di Finanziamento superiore a 40 anni, compreso l'eventuale preammortamento;
✗ non siano residenti in Italia;
✗ non siano Lavoratori Autonomi o Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori;
✗ alla data di stipula del finanziamento abbiano meno di 18 anni o più di 70 anni non compiuti e che, alla data di scadenza originaria del finanziamento, risultino di età superiore a 75 anni).

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente gli Infortuni causati:
! da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza delle coperture assicurative e loro seguiti e conseguenze per i quali sia stata riconosciuta all'Assicurato da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso alla data di decorrenza, una Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.

Sono escluse dalla Copertura Assicurativa principalmente le Malattie:
Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Medico:
! rientranti tra quelle elencate nel questionario stesso, comprese malformazioni e stati patologici, che dovessero risultare già diagnosticati al momento della decorrenza delle coperture assicurative;
! sottaciute al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
! per le quali, al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative, sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia pari o superiore al 20%, e loro seguiti e conseguenze

Limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
! per le quali, al momento della decorrenza delle coperture assicurative, sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia e loro seguiti e conseguenze;
! o sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

La garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia prevede un Periodo di carenza (ovvero di non operatività iniziale della garanzia) pari a 60 giorni; per la garanzia Malattia grave il Periodo di carenza è pari a 90 giorni.
La garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia o Infortunio prevede un Periodo di Franchigia assoluta pari a 7 giorni

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

All'atto dell'adesione alla polizza, l'Assicurato dovrà sottoscrivere il Modulo di Adesione e dovrà compilare e sottoscrivere, in funzione della somma assicurata e dell'età, il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica.

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

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

Qualora, nel corso della validtià delle Coperture Assicurative, l'Assicurato modificasse il proprio stato lavorativo, ovvero perdesse il requisito di assicurabilità di Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore oppure Lavoratore Autonomo, lo stesso dovrà darne tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione tramite UniCredit S.p.A..

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- darne tempestiva denuncia alla Impresa di Assicurazione, entro il limite massimo di 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità;
- inviare la Denuncia debitamente compilata, in forma scritta, e con allegata la documentazione prevista, all'Impresa di Assicurazione;
- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

Quando e come devo pagare?

Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata; esso sarà sempre finanziato con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento.
Il pagamento del Premio all'Impresa di Assicurazione avviene per il tramite di UniCredit S.p.a. mediante addebito sul conto corrente dell'Assicurato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Dalle ore 24:00 del giorno di stipula del Finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione, unitamente al Questionario medico e/o al Rapporto di Visita Medica.
La durata della copertura coincide con la durata originaria del Contratto di Finanziamento, nel limite massimo di 480 mesi (40 anni), comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento.

In caso di modifica dello stato lavorativo dell'Assicurato che comportasse la perdita del requisito di assicurabilità di Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore oppure Lavoratore Autonomo, la copertura assicurativa cesserà con effetto dalla data della comunicazione della variazione da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione, avvenuta per il tramite dei UniCredit S.p.A.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi: liquidazione degli indennizzi per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, Decesso dell'Assicurato, anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento. Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale, della surroga o dell'accollo del Finanziamento, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite di UniCredit S.p.A. e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
b) recedere ad ogni ricorrenza annua, con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità;

Per recedere l'Assicurato può scegliere se utilizzare il modulo di recesso disponibile presso la filiale UniCredit S.p.A ove è stato acceso il Finanziamento, oppure inviare apposita comunicazione sempre alla filiale medesima a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Nel solo caso a) l'Assicurato può inviare una pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu.

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

CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI MUTUI
PER LAVORATORI AUTONOMI, DIPENDENTI PUBBLICI, NON LAVORATORI
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
(Tariffa CP46M)

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni
N° 60861636

per i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero – Malattia Grave

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:
- Nota Informativa;
- Glossario;
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- Condizioni di Assicurazione;
- Modulo di Adesione.

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

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

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

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

1. NOTA INFORMATIVA

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

Aviva Italia S.p.A., Impresa di Assicurazione del Gruppo AVIVA, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano – Italia.
Numero di telefono: 800.114433– sito internet: www.aviva.it.
Indirizzi di posta elettronica:
- per informazioni di carattere generale: **aviva_italia_spa@legalmail.it**
- per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@aviva.com

Aviva Italia S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2282 del 25/5/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 3/6/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091. 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 S.p.A. è pari a Euro 162.118.707,00 di cui Euro 45.684.400,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 104.410.151,00 di Riserve Patrimoniali.
L'**indice** di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Impresa stessa è pari al 148%.
L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 329%.
Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizioni Finanziaria) pubblicato sul sito della Impresa di Assicurazione.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente Contratto di Assicurazione è in forma Collettiva ad adesione facoltativa, operante esclusivamente in applicazione ad una Convenzione che la Contraente (UniCredit S.p.A.) ha stipulato con l'Impresa di Assicurazione – Aviva Italia S.p.A. – per conto dei propri clienti.
Il prodotto viene distribuito da UniCredit S.p.A. con esclusione delle filiali contraddistinte da UniCredit Private Banking.
La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 480 mesi (40 anni), comprensivi di un eventuale preammortamento (che non potrà essere superiore a 24 mesi).
Non è previsto il tacito rinnovo.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

L'assicurazione comprende le seguenti coperture: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave, sottoscrivibili esclusivamente da Lavoratori Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori, Lavoratori Autonomi, in abbinamento alla Copertura Caso Morte prestata da Aviva S.p.A. mediante la Polizza Collettiva Vita n. 210.798. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection.

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%;
b) Ricovero Ospedaliero;
c) Malattia Grave.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 25-32-37 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Il contratto prevede la presenza di franchigie e limiti di indennizzo.
Per franchigia s'intende quella parte di danno che resta a carico dell'Assicurato; può essere espressa in importo fisso o in percentuale sulla somma assicurata.
Per limite di indennizzo s'intende l'importo massimo entro il quale l'Impresa di Assicurazione è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo ed equivale alla somma assicurata o massimale per la singola garanzia.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO"; 25-32-37 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Sono previste inoltre limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ"; 29-34-39 "ESCLUSIONI"; 25-32-37 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Capitale finanziato 520.000,00 Euro.
Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 250.000,00 Euro.

- Postumi da invalidità permanente valutati 60% = Liquidazione di 250.000 Euro per raggiungimento franchigia.
- Postumi da invalidità permanente valutati 50% = Nessuna liquidazione per invalidità inferiore a franchigia.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Rata mensile del finanziamento da rimborsare = 1.500,00 Euro.
Franchigia 7 giorni continuativi.

- Ricovero di 39 giorni continuativi:
  liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia).
- Ricoveri ospedalieri di diversa durata non continuativi durante il periodo della Copertura Assicurativa:
  durata del ricovero: 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 60 giorni dalla data di effetto della Copertura Assicurativa (periodo di carenza):
  nessuna liquidazione

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO IN CASO DI MALATTIA GRAVE

Rata mensile del finanziamento da rimborsare = 1.500,00 Euro.

Malattia Grave insorta dopo i primi 90 giorni dalla data di decorrenza = Liquidazione 10 rate mensili in un'unica soluzione una volta accertata la malattia grave.
Malattia Grave insorta nei primi 90 giorni dalla data di decorrenza; Nessuna liquidazione (periodo di carenza).

AVVERTENZA: In caso di variazione dello stato lavorativo, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, in seguito al quale l'Assicurato perda lo stato di "Lavoratore Dipendente Pubblico" oppure di "Non Lavoratore" oppure di "Lavoratore Autonomo", l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione. In tal caso Le Coperture Assicurative relative al presente contratto cesseranno alle ore 24:00 della data della comunicazione e l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente la parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte versate. Per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all'Art. 11 "Variazione dello stato lavorativo" delle Condizioni di Assicurazione.

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

AVVERTENZA Per le garanzie Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave, è previsto un periodo di carenza durante il quale la garanzia non è operante.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 32-37 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

5. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Per le conseguenze derivanti da dichiarazioni false o reticenti si rinvia all'Art. 5 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere il Questionario Medico, l'eventuale Rapporto di Visita Medica ed il Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

6. PREMIO
Il Premio è determinato in base alla durata del Mutuo ed all'ammontare dello stesso. Il premio così calcolato viene finanziato dalla Contraente, con conseguente incremento dell'importo erogato del Finanziamento.
Si rinvia per la disciplina specifica all'Art. 9 "DETERMINAZIONE DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.
Il Premio deve essere corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.
Il pagamento da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione avviene per il tramite della Contraente mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la Contraente medesima.

AVVERTENZA Non sono previsti sconti di premio neanche in relazione alla durata dell'Assicurazione

AVVERTENZA In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione di Invalidità Totale Permanente, ovvero nei casi di surroga o di accollo del finanziamento, l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, entro 30 giorni e per il tramite della Contraente la parte di premio corrispondente al periodo residuo pagato e non goduto rispetto alla data di scadenza originaria ovvero, in caso di anticipata estinzione parziale, la parte di premio pagata e non goduta corrispondente all'importo del finanziamento rimborsato, sempre rispetto alla data di scadenza originaria.

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale/parziale, della surroga o dell'accollo del Finanziamento, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di

Aviva Italia S.p.A.

Assicurazione, per il tramite della Contraente e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore fino alla scadenza contrattuale originaria le Coperture Assicurative che, resteranno commisurate all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Assicurato in caso di estinzione totale/parziale della Copertura (gli ammontari sono espressi in Euro):

R= [PPU×(N-K)×(N-K+1)/ (N x (N+1)) + H (N-K)/N] × Cap_est/Debito Residuo

Decorrenza delle coperture assicurative		01/04/2018
Scadenza delle coperture assicurative		01/04/2028
Capitale assicurato		100.000,00
Data Estinzione Anticipata		10/04/2022
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento	**N**	120
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	**K**	48
Premio		1.684,80
Tasse		41,09
PREMIO Imponibile		1.643,71
Costi sul premio imponibile in valore assoluto	**H**	524,51
Provvigioni	**23,42%**	384,96
Spese di gestione	**8,49%**	139,55
Premio versato al netto dei costi	**PPU**	1.119,20
Debito Residuo (*)	**DR**	35.575
ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE		
Capitale Estinto	**Cap_Estinto**	15.000
Importo da rimborsare	**R**	303,52
di cui Premio puro		170,82
di cui spese		132,69

ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE		
Capitale Estinto	**Cap_Estinto**	35.575
Importo da rimborsare	**R**	719,84
di cui Premio puro		405,13
di cui spese		314,70

(*) il debito residuo è stato calcolato ipotizzando un tasso di ammortamento del 4%

COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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. 9 "DETERMINAZIONE DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 31.91%del Premio Imponibile (Premio unico versato al netto delle imposte del 2.50%); le provvigioni percepite dall'Intermediario corrispondono ad una quota parte del costo complessivo sopra riportato pari al 73,39%.

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile versato di Euro 1.000,00 i costi trattenuti dall' Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 319,10 di cui Euro 234,20 rappresentano le provvigioni percepite dall'Intermediario

7. 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. 14 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

8. DIRITTO DI RECESSO

8.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA L'Assicurato può recedere dal Prodotto Creditor Protection entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

8.2 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

AVVERTENZA L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione ad ogni ricorrenza annua, con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.
L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio, corrispondente al periodo di assicurazione non goduto.
La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO ANNUALE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

9. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO
Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

10. 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.

11. REGIME FISCALE

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

11.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI
Le Assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'impresa di assicurazione non abbia facoltà di recesso dal Contratto, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.
Si consideri che concorrono alla determinazione dell'importo massimo del premio sul quale calcolare la detrazione sopra menzionata tutti i premi versati dall'Assicurato nel periodo d'imposta a fronte di:

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

AVVERTENZA L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la Copertura Assicurativa; per gli infortuni è il momento dell'accadimento dell'infortunio, per la malattia il momento dell'insorgenza o della diagnosi.

12. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI
La gestione dei sinistri è affidata ad una Struttura Esterna, CIS Insurance Services.

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può 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.
La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata a: Aviva Italia S.p.A. - Servizio Sinistri – mediante fax al n° 02 2775311 oppure via mail all'indirizzo: sinistricpi@aviva.com o in alternativa, a mezzo servizio postale, all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.
L'Assicurato potrà rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI
Numero Verde 800 89 34 96
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.

AVVERTENZA L'Assicurato deve 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.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 12-31-36-41 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

13. 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. - SERVIZIO RECLAMI
Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano
fax: 02 2775.245
indirizzo e-mail: cureclami@aviva.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:
IVASS
Via del Quirinale 21- 00187 Roma
Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

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

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa di Assicurazione, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa di Assicurazione, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.
Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa di Assicurazione in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dell'Impresa di Assicurazione e dall'Intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

14. 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 Permanente e Malattia Grave prestate dal presente Contratto di Assicurazione, hanno la facoltà di rimettersi alla decisione di un Collegio di tre medici.

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

15. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

* * * *

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
Vittorio Giusti

Data ultimo aggiornamento: 24 maggio 2018

Aviva Italia S.p.A.

2. GLOSSARIO

Assicurato
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dalla Contraente, che abbia aderito al Prodotto Creditor Protection e che sia Lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore oppure Lavoratore Autonomo.

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

Carenza
Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della Data di decorrenza della Copertura Assicurativa, durante il quale la garanzia non è operante. 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 Legale Piazza Gae Aulenti 3 – Tower A - 20154 Milano: Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva Italia S.p.A., per conto degli Assicurati.

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

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

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

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

Data di decorrenza delle Coperture
La data di stipulazione del finanziamento concesso dalla Contraente.

Data di scadenza del Mutuo
la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

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

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

Durata del Mutuo

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento

Franchigia
La Franchigia per la Garanzia Ricovero Ospedaliero è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile ai termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

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

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

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

Invalidità Totale Permanente
La perdita totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60%, dovuta a infortunio o malattia. L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 nr. 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA"

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

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.

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

Lavoratore Autonomo
La persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.
È 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 ai punti successivi) e che comporti 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 considerati Lavoratori Autonomi i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente Privato
La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un altro soggetto privato in base a un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato regolato dalla legge italiana e che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.
Si specifica inoltre che non rientrano nella definizione di Lavoratore Dipendente Privato i soggetti assunti:

a) con contratto di lavoro a tempo determinato;
b) con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);
c) da azienda appartenente al proprio nucleo familiare (ovvero da "Impresa familiare", intendendosi per tale l'impresa alla quale prestano collaborazione il coniuge, i parenti entro il terzo grado e gli affini entro il secondo grado dell'imprenditore, ai sensi dell'art. 230 bis del Codice Civile).

Lavoratore Dipendente di ente pubblico
E' 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 delle Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio Medico Nazionale.

Lettera di Benvenuto
Lettera inviata dalla Contraente all'Assicurato successivamente alla Decorrenza delle Coperture Assicurative.

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

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

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

Modulo di Adesione
Il documento sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale avviene l'adesione facoltativa al Prodotto Creditor Protection.

Mutuo
Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato, di durata originaria non superiore a 40 anni (inclusivo dell'eventuale Periodo di Preammortamento), con scadenza prevista non oltre il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato.

Normale Attività Lavorativa
Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro**.**

Non Lavoratore
La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. Sono compresi i Pensionati.

Polizza Collettiva

Aviva Italia S.p.A.

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

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

Premio puro
Importo che rappresenta il corrispettivo base per le garanzie assicurative prestate dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto di imposte (pari al 2,50%) e dei costi di gestione e di acquisizione.

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

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

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

Rata Mensile
La Rata Mensile del finanziamento.

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

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

Data ultimo aggiornamento: 24 maggio 2018

Aviva Italia S.p.A.

3. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Aggiornata il **28 febbraio 2018**

CHI E' IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

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

QUALI DATI SONO TRATTATI?

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

PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

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

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

SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

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

COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.
La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.
Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.
Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta “catena assicurativa” quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.
L’elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

I DATI VENGONO TRASFERITI ALL’ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell’Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell’Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.
L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

QUALI SONO I DIRITTI DELL’INTERESSATO?

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

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

In aggiunta ai diritti sopra elencati, l'Interessato potrà beneficiare con effetto dal 26 maggio 2018 dei diritti di cui al paragrafo 10 della presente informativa.
Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via email al seguente indirizzo: privacy_aviva@aviva.com, o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

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

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

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

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

Termine di conservazione dei dati personali

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

Ulteriori diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,

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

Diritto di reclamo

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

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.
In ogni caso, l'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata sul sito internet www.aviva.it, nella pagina dedicata ai *Prodotti*, nonché consultare ogni notizia utile in materia nella sezione *Privacy* dello stesso sito.

Aviva Italia S.p.A.

4. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il testo integrale della Polizza Collettiva N. 60861636, stipulata tra UniCredit S.p.A. (Contraente) e Aviva Italia S.p.A. per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave, è depositato presso la sede della Contraente della Convenzione e presso la sede di Aviva Italia S.p.A.

L'adesione alla Polizza Collettiva è realizzata mediante sottoscrizione da parte dell'Assicurato di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (Copia per l'Assicurato, Copia per la Contraente/Impresa di Assicurazione). La sottoscrizione del Modulo comporta la contemporanea adesione, da parte dell'Assicurato, anche alla Polizza Collettiva Vita N. 210.798 stipulata dalla Contraente con Aviva S.p.A. e avente per oggetto la garanzia morte. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%
- Ricovero Ospedaliero;
- Malattia Grave.

Le garanzie sono prestate dall'Impresa di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.
Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.
Al verificarsi di un sinistro, la documentazione sanitaria per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale che eserciti la professione in Italia

ART. 2 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi dell'Impresa di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa di Assicurazione stessa.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di Assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

E' assicurabile ciascuna persona fisica che:

- abbia sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata massima di 480 mesi (40 anni). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- abbia residenza in Italia;
- abbia età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipula del finanziamento e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- sia un Lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore o Lavoratore Autonomo;
- abbia 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) compilato il Questionario Medico su apposito Modulo;
  2) compilato il Rapporto di Visita Medica su apposito Modulo ed effettuato gli accertamenti medici secondo le indicazioni fornite dall'Impresa di Assicurazione.

La documentazione sopra indicata verrà sottoposta e valutata da Aviva S.p.A., che si riserva il diritto, una volta esaminata anche la documentazione sanitaria laddove prevista, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto delle Coperture Assicurative; l'autorizzazione rilasciata da Aviva S.p.A. sarà vincolante anche per Aviva Italia S.p.A.
Il costo della visita e degli accertamenti medici è a totale carico dell'Assicurato.

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 – Fino a € 520.000,00	Rapporto di Visita Medica	

(*) ai fini del calcolo della somma assicurata:

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

Nel caso in cui il finanziamento sia intestato ad un solo Assicurato, la Copertura Assicurativa viene stipulata per l'importo totale del finanziamento.
Qualora l'importo richiesto del finanziamento sia superiore a Euro 200.000,00, la Copertura Assicurativa potrà essere stipulata per un importo parziale del finanziamento pari ad una percentuale compresa tra il 50% ed il 100%.
In caso di cointestazione ogni cointestatario, mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione, può essere assicurato:

1. pro quota (con capitale assicurato in parti uguali rispetto all'importo totale del finanziamento);

oppure:

2. per l'importo totale del finanziamento;

oppure:

3. nel caso in cui il finanziamento richiesto sia superiore a Euro 200.000,00, per una percentuale – a scelta di ogni Assicurato - compresa tra il 50% ed il 100% dell'importo totale del finanziamento.

Nel primo caso il rifiuto da parte dell'Impresa di Assicurazione dell'adesione alle Coperture Assicurative soltanto nei confronti di uno dei cointestatari del finanziamento, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari all'importo totale del finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione delle Coperture Assicurative.
Nel terzo caso invece, il rifiuto nei confronti di uno o più cointestatari, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati anche se la somma assicurata totale è inferiore all'importo totale del finanziamento.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata per la garanzia di Invalidità Totale Permanente è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute, moltiplicato per la quota percentuale per la quale è stata stipulata la Copertura Assicurativa.
L'indennizzo non potrà superare:

- In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia Euro 520.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione o contestazione di più finanziamenti assicurati;
- In caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: 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 Malattia Grave: indennizzo pari a 10 rate mensili liquidate in un'unica soluzione, con il limite di Euro 2.000,00 per ciascuna rata mensile e per l'intera durata delle Coperture Assicurative.

Qualora la prestazione da assicurare sulla base di quanto previsto all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ risulti 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 del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

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

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

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purché 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.

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

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

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

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

La Contraente provvede ad inviare all'Assicurato, entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- il riepilogo delle Coperture Assicurative sottoscritte;
- i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso con l'indicazione di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;

- l'importo del premio versato.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 480 mesi (40 anni) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento (che non potrà essere superiore a 24 mesi).
Non è previsto il tacito rinnovo.
In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- Decesso dell'Assicurato;
- 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
- annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile;
- variazione stato lavorativo, secondo quanto previsto dall'Art. 11, ovvero perdita del requisito di assicurabilità di "Lavoratore Dipendente Pubblico", "Non Lavoratore" o "Lavoratore Autonomo", di cui all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'".

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

Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale dello stesso in seguito alla liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente o per Decesso di un Assicurato, le garanzie cessano per tutti gli altri Assicurati a condizione che sia comunicata all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, l'anticipata estinzione totale del finanziamento.
Invece, qualora vi siano più Assicurati per il medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale oppure la surroga o l'accollo dello stesso, le garanzie cessano per tutti gli Assicurati.
In ambedue i casi, l'Impresa di Assicurazione restituirà agli Assicurati, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, ad esclusione della Copertura Assicurativa cessata per Invalidità Totale Permanente o Decesso.
In alternativa, gli Assicurati avranno comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza originaria del finanziamento, sempre ad esclusione delle Coperture Assicurative cessate per Invalidità Totale Permanente di un Assicurato.
In tutti questi casi gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
L'Assicurato può recedere dal Prodotto Creditor Protection entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo.
In alternativa al modulo l'Assicurato potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, sempre alla filiale della Contraente o a mezzo pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu

L'eventuale premio pagato verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
Il premio versato sarà rimborsato al lordo delle imposte, qualora la comunicazione attestante la volontà di recesso sia inviata dall'Assicurato entro il mese solare della decorrenza delle Coperture Assicurative; altrimenti il premio sarà rimborsato al netto delle imposte già versate.

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

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO ANNUALE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE
L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione ad ogni ricorrenza annua, con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.
L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà con una delle seguenti modalità:

- recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura Assicurativa e compilando l'apposito modulo;

oppure

- inviando apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno sempre alla filiale della Contraente.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione pagato e non goduto calcolata secondo la formula di cui all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO", dove per la variabile K, si intenderanno i mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di effetto del recesso.

R= [PPU×(N-K)×(N-K+1)/ (N x (N+1)) + H (N-K)/N] × Cap_est/Debito Residuo

Dove:

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

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

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

Dove:
Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'assicurato in caso di estinzione parziale
DR = debito residuo (s'intente sempre e solo il debito residuo del finanziamento) in linea capitale al momento del recesso.

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

Resta inteso che, in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Assicurato, la collegata Polizza Vita resterà in vigore.

ART. 9 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

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

Per la determinazione del Premio si procede moltiplicando l'importo del finanziamento richiesto (in base alla quota percentuale per la quale vengono stipulate le Coperture Assicurative), per il tasso lordo (comprensivo di imposte nella misura del 2,50%) dello 0,01404% % e per la durata (espressa in mesi interi) del finanziamento stesso.

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

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO.

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

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

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

R= [PPU×(N-K)×(N-K+1)/ (N x (N+1)) + H (N-K)/N] × Cap_est/Debito Residuo

Dove:

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

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

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

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

In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il

rimborso del premio, in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.

ANTICIPATA ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

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

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

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

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

ART. 11 VARIAZIONE STATO LAVORATIVO NELLA DURATA DEL CONTRATTO

Qualora, durante il periodo di validità della Coperture Assicurative, l'Assicurato modificasse il proprio stato lavorativo, ovvero perdesse il requisito di assicurabilità di Lavoratore Dipendente Pubblico, Non Lavoratore oppure di Lavoratore Autonomo, di cui all'Art.3 REQUISITI DI ASSICURABILITA', l'Assicurato stesso dovrà darne tempestiva comunicazione all'Impresa di Assicurazione (fornendo prova documentale di tale cambiamento), recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo. In alternativa al modulo, l'Assicurato potrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, sempre alla filiale della Contraente che ne darà immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione

In tal caso, tutte le Coperture Assicurative relative alla presente polizza cesseranno con effetto dalla data della comunicazione della variazione dello stato lavorativo.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la formula di cui all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO", dove per la variabile K, si intenderanno i mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di cessazione delle coperture assicurative.

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

Qualora l'Assicurato non ottemperasse l'obbligo di comunicazione di cui sopra, non viene pregiudicata la liquidazione di un eventuale sinistro indennizzabile occorso prima che l'Impresa di Assicurazione venga a conoscenza di tale variazione al rischio. Resta tuttavia inteso che, qualora l'Impresa di Assicurazione venisse a conoscenza della variazione dello stato lavorativo in assenza di comunicazione da parte dell'Assicurato, l'Impresa stessa potrà esercitare il diritto di recesso dalle Coperture Assicurative con effetto dal giorno in cui ne invierà comunicazione scritta all'Assicurato, da farsi comunque entro 1 mese dal giorno in cui è venuta a conoscenza della modifica dello stato del rischio.

In caso di cambio stato lavorativo, la collegata Polizza Vita resterà in vigore.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La Denuncia debitamente compilata e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviata a: Aviva Italia S.p.A. - Servizio Sinistri - mediante fax al n° 02 2775311 oppure via mail all'indirizzo: **sinistricpi@aviva.com** o in alternativa, a mezzo servizio postale all'indirizzo: Via A. Scarsellini, 14 – 20161 Milano.
Le denunce devono essere esclusivamente inviate in forma scritta e devono essere complete dei giustificativi richiesti.
L'Impresa di Assicurazione si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento.
L'Assicurato deve inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Impresa di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.
In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.
L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.
L'Assicurato deve consentire all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.
L'Assicurato potrà rivolgersi, per informazioni relative ai Sinistri, al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI
Numero Verde 800 89 34 96
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

ART. 13 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO
L'Impresa di Assicurazione, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa specificata agli Artt. 31-36-41 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 14 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. 15 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. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI
Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione l'Assicurato è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa di Assicurazione, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.
Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 17 COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Impresa di Assicurazione, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio dell'Assicurato.

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

ART. 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.

ART. 24 VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO
Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave 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.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 25 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'invalidità totale permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Assicurato della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI".
L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 nr. 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.
La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute moltiplicato per la quota percentuale per la quale è stata stipulata la Copertura Assicurativa.
In caso di modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per Assicurato e per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".
In caso di più Cointestatari per lo stesso finanziamento, nel caso in cui ciascun Cointestatario non venga assicurato per l'importo totale del finanziamento, la prestazione iniziale assicurata per ogni posizione sarà inferiore all'importo totale del Debito residuo: pertanto l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Assicurato una prestazione pari all'importo del Debito residuo alla data del sinistro per il rapporto fra la prestazione iniziale assicurata e l'importo totale del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa.

ART. 26 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 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa). **Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.**
L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio. Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

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

TABELLA INAIL PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 Nº1124

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 - senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11% 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 - per amputazione al terzo superiore	 85% 80%		 75% 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 - in pronazione - in supinazione - quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	 30% 35% 45% 25%		 25% 30% 40% 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 - in pronazione - in supinazione -quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	 40% 45% 55% 35%		 35% 40% 50% 30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: - in semipronazione - in pronazione - in supinazione	 18% 22% 25% 35%		 15% 18% 22% 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. 27 DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE IN CASO DI MORTE
Se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo sia stato pagato, l'Impresa di Assicurazione, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

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

ART. 28 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI
La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

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

ART. 29 ESCLUSIONI
Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa gli Infortuni causati:

- da eventi accaduti anteriormente alla data di decorrenza delle coperture assicurative e loro seguiti e conseguenze per i quali sia stata riconosciuta da un ente preposto, anche successivamente a tale data se l'accertamento o valutazione era già in corso alla data di decorrenza, una Invalidità Permanente pari o superiore al 20%;
- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo gli Infortuni subiti durante i viaggi aerei che venissero effettuati dall'Assicurato, in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistiche e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs;
- dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
- da guerre, internazionali o civili (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni;
- da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- da depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare, e psicosi, schizofrenia.

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

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

Sono escluse dalla Copertura Assicurativa le Malattie:
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico:
    - rientranti tra quelle elencate nel questionario stesso, comprese malformazioni e stati patologici, che dovessero risultare già diagnosticati al momento della decorrenza delle coperture assicurative;
    - sottaciute al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative, per le quali siano state necessarie o prescritte negli ultimi due anni cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide);
    - per le quali, al momento della decorrenza delle Coperture Assicurative, Le sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia pari o superiore al 20%, e loro seguiti e conseguenze.
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica:
    - per le quali, al momento della decorrenza delle coperture assicurative, Le sia stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia e loro seguiti e conseguenze;
    - sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

- da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni o uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti da infezione da virus H.I.V. e/o dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse collegate;
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia ed i sinistri da esse direttamente o indirettamente derivanti;
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- causate da guerre, internazionali o civili (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni;
- causate da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono considerate Malattia:
- l'infertilità e la sterilità.

ART. 30 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. 31 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI
In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..
La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'eventuale Sinistro.
Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.
L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.
Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 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, certificato medico relativi all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'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 intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 32 PRESTAZIONI ASSICURATE
L'Impresa di Assicurazione garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, 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 modifica della durata o di rinegoziazione del finanziamento, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
La Copertura Assicurativa è sottoposta:

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

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

ART. 33 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI
Per i rischi compresi nella garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 28 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI".

ART. 34 ESCLUSIONI
Per le esclusioni dalla garanzia di Ricovero Ospedaliero si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 29 "ESCLUSIONI".

ART. 35 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. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI
In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..
L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.
Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

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

MALATTIA GRAVE

ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di Malattia Grave dell'Assicurato nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione all'Assicurato di un indennizzo pari a 10 rate mensili (comprensive di capitale ed interessi), come risulta dal piano di ammortamento in essere al momento del sinistro, moltiplicate per la percentuale quota di Copertura Assicurativa e con il limite di Euro 2.000,00 per ciascuna rata mensile; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.

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

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

ART. 38 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

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

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

ART. 39 ESCLUSIONI

Per le esclusioni della garanzia Malattia Grave si rimanda a quanto riportato al precedente Art. 29 "ESCLUSIONI".

ART. 40 PROVA

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

ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..

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

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

L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto

all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dalla Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.
Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia di cui al precedente Art. 12 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento, in capo all'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 intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

Data ultimo aggiornamento: 24 maggio 2018

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

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

MODULO DI ADESIONE
CREDITOR PROTECTION A PREMIO UNICO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILI AI MUTUI
PER LAVORATORI AUTONOMI, DIPENDENTE PUBBLICI, NON LAVORATORI

Adesione Vita N° _____ Adesione Danni N° _____

Dati Finanziamento

Domanda di Finanziamento N° _____

Dati Assicurato

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____

Dati Copertura Assicurativa

Durata del Finanziamento in mesi _____

Importo Richiesto Euro _____ Percentuale quota di Copertura Assicurativa _____%

Premio Unico Anticipato:

Polizza Vita: Euro _____ Polizza Danni: Euro _____
(comprensivo di imposte nella misura del 2,50%)

Totale: Euro _____

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Polizza Vita Euro _____ Polizza Danni Euro _____

Provvigioni percepite dall'Intermediario:

Polizza Vita: 28,20% pari a Euro _____

Polizza Danni: 23,42% del premio imponibile pari a Euro _____

fac simile

DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE

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

DICHIARO

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

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

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

Aviva Italia S.p.A.

PRENDO ATTO

- che in caso di finanziamenti erogati 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 del finanziamento alla Data di decorrenza della Copertura Assicurativa;
- che le suddette garanzie si riferiscono:
  - per la Copertura Caso Morte alla Polizza Collettiva nr. 210.798 che la Contraente ha stipulato con AVIVA S.p.A.;
  - per le Coperture Danni
    - Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
    - Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia;
    - Malattia Grave

  alla polizza collettiva nr. 60.861.636 che la Contraente ha stipulato con AVIVA Italia S.p.A.
- che le suddette garanzie abbinate al finanziamento richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia delle Coperture Assicurative è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio assicurativo e decorre dal giorno di stipulazione del finanziamento e termina alla data di scadenza del finanziamento o nei casi previsti all'Art. 7 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e all'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE" delle Condizioni di Assicurazione della Polizza Danni. La piena efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione del Questionario Medico riportato su apposito Modulo;

  ovvero
  - alla sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica riportato su apposito Modulo e all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

  L'accettazione dell'adesione al Prodotto Creditor Protection è riservata alla Direzione dell'Impresa di Assicurazione Aviva S.p.A. ed il pagamento del Premio verrà effettuato qualora l'Impresa di Assicurazione abbia comunicato l'accettazione del rischio;
- che si può recedere dal Prodotto Creditor Protection entro 60 giorni dalla Data di decorrenza. L'eventuale Premio pagato viene rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, come previsto dall'Art. 7 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione. La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.
- che si può recedere dal Contratto di Assicurazione delle Coperture Danni ad ogni ricorrenza annua dalla Data di decorrenza, con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, come previsto dall'ART. 8 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.
  La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato;
- che il premio relativo alle presenti coperture assicurative è finanziato dalla Banca, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

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

DO MANDATO irrevocabile alla Banca ad addebitare i Premi assicurativi sul mio conto corrente, intrattenuto presso la Banca medesima e ad effettuare in mio nome e per mio conto il pagamento ad Aviva S.p.A. ed Aviva Italia S.p.A. I Premi sono calcolati, in base all'importo richiesto ed alla durata indicati nella domanda di finanziamento, secondo le modalità determinate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma dell'Assicurato _____

luogo _____ data_____

DICHIARO ALTRESI'

- **di aver ricevuto il Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo, i Fascicoli Informativi – redatti secondo le prescrizioni IVASS - contenenti la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ed il presente Modulo di Adesione;**
- **di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.**

Firma dell'Assicurato _____

luogo _____ data_____

Fac Simile

Aviva Italia S.p.A.

DICHIARO
di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli:

- Fascicolo Polizza Vita: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Esclusioni; Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 7 Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa; Art. 8 Diritto di Recesso; Art. 12 Denuncia del sinistro; Art. 17 Foro competente; Art. 18 Cessione dei diritti;
- Fascicolo Polizza Danni: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 6 Decorrenza e Durata delle Coperture Assicurative; Art. 7 Diritto di Recesso dal Contratto di Assicurazione; Art. 8 Diritto di Recesso annuale nel corso della Durata Contrattuale; Art. 12 Denuncia del sinistro; Art. 13 Pagamento dell'indennizzo; Art. 20 Foro competente; Art. 22 Cessione dei diritti; Art. 26 Valutazione del danno -Ricorso all'Arbitrato - Artt. 25-32-37 Prestazioni Assicurate; Artt. 29-34-39 Esclusioni.

Firma dell'Assicurato _____

luogo _____ data _____

AVVERTENZE RELATIVE ALLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO AI FINI DELL'EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA:

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 Medico, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;

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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

Firma dell'Assicurato _____

luogo _____ data _____

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

DESIGNO, quali Beneficiari della Copertura Caso Morte in base alla **Polizza Collettiva 210.798** i seguenti soggetti:

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

Firma dell'Assicurato _____

luogo _____ data _____

Data ultimo aggiornamento 1 ottobre 2018

EDIZIONE 10/2018

Fac simile