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 INSURANCE A PREMIO UNICO
ABBINABILE AI MUTUI
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
(Tariffa CP30M)

Polizza Collettiva di Assicurazione Danni
N° 60459391

per i casi di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia - 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.

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: 02/2775.1 – 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 104.363.748,00 di cui Euro 45.684.400,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 58.679.348,00 di Riserve Patrimoniali.
L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 164,71%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il 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..
L'eventuale periodo di preammortamento non può 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 da Infortunio o Malattia, Malattia Grave, sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Caso Morte prestata da Aviva S.p.A. mediante la Polizza Collettiva Vita n. 210.786. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection Insurance.
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 derivante da Infortunio o Malattia;
c) Malattia Grave.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli Artt. 24-31-36 "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 la Società 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"; 24-31-36 "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"; 27-33-38 "ESCLUSIONI"; 24-31-36 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
Capitale finanziato 500.000,00 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.

- Ricovero di 39 giorni senza soluzione di continuità:
  liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia).
- Ricoveri ospedalieri di diversa durata con soluzione di continuità 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.
Malattia Grave insorta nei primi 90 giorni dalla data di decorrenza; Nessuna liquidazione (periodo di carenza).

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

AVVERTENZA Per le garanzie Ricovero Ospedaliero derivante da Malattia 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. 24-31-36 "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.
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, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.
In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale, della surroga o dell'accollo del Finanziamento, l'Assicurato puo' richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente e utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Assicurato in caso di estinzione totale della Copertura:

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

Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2016
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2021
Capitale assicurato		100.000
Data Estinzione Anticipata		20/07/2019
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	**N**	60
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	**K**	40
		DANNI
TASSO PREMIO LORDO DI TASSE		**0,013150%**
PREMIO		789,00
TASSE		19,24
PREMIO IMPONIBILE		**769,76**
Costi sul premio imponibile (33,49%) in valore assoluto	**H**	**257,79**
Provvigioni (74,65% dei costi sopra riportati)		192,44
Spese di gestione		65,35
Premio versato al netto dei costi	**PP**	**511,96**
Importo da rimborsare	**R**	**144,68**
di cui Premio puro		58,75
di cui spese		85,93

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 33,49% del Premio Imponibile (Premio unico versato al netto delle imposte del 2.50%); la quota parte del costo sopra riportato percepita dall'Intermediario è pari al 74,65%.
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 334,49, di cui Euro 250,00 rappresentano l'importo percepito 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. 13 "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 Insurance 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 a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza, può recedere dal Contratto di Assicurazione con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
L'Impresa 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.

ESEMPIO ESERCIZIO DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE:
Data decorrenza: 01/03/2016
Data scadenza coperture assicurative:01/03/2030
Data dopo la quale si può esercitare il recesso: 01/03/2020
Data effetto del primo recesso utile (da inviarsi con preavviso di 60gg): 01/03/2021
Data cessazione copertura nel caso di cui sopra: 01/03/2021

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO 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, per il ricovero ospedaliero la data effettiva di ricovero.

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. 11-30-35-40 "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.

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

* * * *

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

Phil Willcock

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

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 Insurance

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 Sociale Via Alessandro Specchi 16 - 00186 Roma - Direzione Generale Piazza Gae Aulenti 3 – Tower A - 20154 Milano: Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula la Polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva 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 da Infortunio o Malattia, 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.

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.

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.

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 Insurance.

Polizza Collettiva
La Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente UniCredit S.p.A. con Aviva Italia S.p.A., disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione, alla quale aderisce l'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 Insurance
Il pacchetto assicurativo 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.

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

Rata Mensile
La Rata Mensile del finanziamento.

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

Data ultimo aggiornamento: 19 febbraio 2016

Aviva Italia S.p.A.

3. INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi art. 13 D. Lgs. 196/2003)

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati forniti riferiti al Contraente e/o all'Assicurato - ed eventualmente a terzi beneficiari - saranno trattati da Aviva Italia S.p.A. - Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano (MI) (di seguito, la "**Società**") – titolare del trattamento (di seguito, il "**Titolare**") – nonché dalle società appartenenti al medesimo gruppo societario per dare corso alle informazioni ed ai servizi richiesti, al servizio Area Clienti, all'attività assicurativa e riassicurativa connessa al contratto di assicurazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. In relazione a tale finalità Le viene richiesto di fornire il Suo consenso solo per il trattamento dei dati di natura sensibile eventualmente resi in occasione della sottoscrizione del contratto o che renderà in costanza del rapporto instaurato a qualsiasi titolo con la Società. A tale proposito precisiamo che eventuali e successive raccolte e, in genere, trattamenti di dati di natura sensibile dell'assicurato per ragioni connesse all'esecuzione del rapporto assicurativo verranno gestiti nel rispetto della normativa, per il tramite di personale medico e, ove necessario od opportuno, saranno regolati da specifica informativa.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati o di altre tecniche di comunicazione a distanza e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche e/o integrazioni.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati personali è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto, è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative, quali ad esempio quelle relative all'Antiriciclaggio, al Casellario Centrale Infortuni e alla Motorizzazione Civile.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i Suoi dati o di fornire i consensi richiesti può comportare l'impossibilità di stipulare o eseguire il contratto, ovvero di gestire e liquidare il sinistro denunciato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.
In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.
Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.
L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva Italia S.p.A. – Servizio Privacy - Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, all'interno dell'Unione europea o in Paesi terzi, per le finalità di cui al punto 1) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs. 196/2003.

Aviva Italia S.p.A.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Fermi restando gli effetti indicati al precedente punto 4), Lei potrà in ogni momento e gratuitamente esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003 – e cioè conoscere quali dei Suoi dati vengono trattati, richiederne l'integrazione, la modifica o la cancellazione per violazione di legge, o opporsi al trattamento – inviando una comunicazione scritta ad Aviva Italia S.p.A. – Servizio Privacy - Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano (MI).

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al precedente punto 1) Gli ulteriori dati identificativi sono stati comunicati alle competenti Autorità di controllo e sono disponibili presso la sede legale della Società.

L'elenco completo dei "responsabili" in essere è disponibile presentando richiesta scritta al Titolare.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

Aviva Italia S.p.A.

4. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il testo integrale della Polizza Collettiva N. 60459391, 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 da Infortunio o Malattia 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. 210.786 stipulata dalla Contraente con Aviva S.p.A. e avente per oggetto la garanzia morte. L'insieme delle Coperture costituisce il Prodotto Creditor Protection Insurance.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia;
- Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia;
- 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;
- residenza in Italia;
- età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipula del finanziamento e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbia, alternativamente in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato stesso sia 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 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 Insurance.
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, successivamente alla decorrenza delle Coperture Assicurative, una Lettera di Benvenuto nella quale vengono riportati:
- la data di decorrenza;
- il riepilogo delle Coperture Assicurative sottoscritte;
- i termini 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.
L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 24 mesi.
In caso di estinzione parziale del finanziamento o di modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento.
In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:
- 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,.

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, la garanzia cessa 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.

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 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 Insurance entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stata accesa la Copertura e compilando l'apposito modulo.
In alternativa al modulo, l'Assicurato potrà inviare apposita comunicazione, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, sempre alla filiale della Contraente.
L'eventuale premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.
La Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE
A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza, l'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.
L'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;

o in alternativa,

- inviando la richiesta a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad Aviva Italia S.p.A., Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

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

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- P = premio versato
- PP = premio puro: Premio versato al netto delle imposte, pari a 2,50% e dei costi (H)
- H = costi sul premio in valore assoluto
- 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.

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

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 0,01315% e per la durata (espressa in mesi interi) del finanziamento stesso.

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO
In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente 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, per il tramite della Contraente, la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

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

Dove:

- R = importo da rimborsare
- P = premio versato
- PP = premio puro: Premio versato al netto delle imposte, pari a 2,50% e dei costi (H)
- H = costi sul premio in valore assoluto
- 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/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'estinzione.

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione, 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.
La Contraente dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.
In questo caso gli indennizzi relativi alle Coperture Assicurative saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso in base ad un tasso prestabilito dall'Impresa di Assicurazione al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del finanziamento.
In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative resteranno comunque commisurate, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

L'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. 12 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. "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA
L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto di Assicurazione.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI
Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni.
Di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive di cui alla tabella riportata all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ".

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI
Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.
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. 16 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. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO
La Contraente – in occasione del collocamento del Prodotto Creditor Protection Insurance e sotto la sua responsabilità – provvederà a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS.
Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.
La Contraente terrà indenne e manlevata l'Impresa di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivarne dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 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.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 24 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. 27 "ESCLUSIONI".
L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 nr. 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa.
La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute moltiplicato per la quota percentuale per la quale è stata stipulata la Copertura Assicurativa.
In caso di estinzione parziale del finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento.
L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 520.000,00 per 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. 25 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. 26 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI
La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:
- infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di veicoli e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;

- infortuni derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. Detta Assicurazione é estesa, in conformità alle Condizioni di Assicurazione, ai rischi di volo. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque prestata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione – escluso il virus H.I.V. – sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- annegamento;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o congelamento;
- lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 27 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla Copertura Assicurativa gli Infortuni causati:

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

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

Non sono considerati Infortunio:

- le ernie;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto all'Art. 26 "RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI" e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di Infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- quelli subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono escluse dalla Copertura Assicurativa le Malattie:

- rientranti tra quelle elencate nel Questionario Medico, comprese malformazioni e stati patologici, che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi due anni cure farmacologiche continuative di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide). Esclusione a valere solo limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico;
- sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni o uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- causate da guerre, internazionali o civili (salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato Italiano), lotta armata e insurrezioni;
- causate da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono considerate Malattia:

- l'infertilità e la sterilità;

ART. 28 PROVA

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

ART. 29 VALUTAZIONE DEL DANNO – RICORSO ALL'ARBITRATO

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale Permanente e 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.

ART. 30 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

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

- copia 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. 31 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 estinzione parziale del finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento.
La Copertura Assicurativa è sottoposta:

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

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

ART. 32 RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI

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

ART. 33 ESCLUSIONI

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

ART. 34 PROVA

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

ART. 35 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso scritto, nelle modalità di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", entro 60 giorni dalla data del Ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C..
L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.
Per la liquidazione del Sinistro deve essere allegata alla Denuncia, di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- 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. 36 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 estinzione parziale del finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del finanziamento.

La Copertura Assicurativa per 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. 37 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. 38 ESCLUSIONI

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

ART. 39 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. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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

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

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

L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dalla Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

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

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale 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: 31 maggio 2016

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

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

MODULO DI ADESIONE
CREDITOR PROTECTION INSURANCE A PREMIO UNICO
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE
AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILE AI MUTUI

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

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

Premio unico anticipato Totale Euro _____

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Costi Polizza Vita Euro _____ Costi Polizza Danni Euro _____

Importo percepito dall'Intermediario

Importo percepito dall'Intermediario Polizza Vita Euro _____ Importo percepito dall'Intermediario Polizza Danni Euro _____

Facsimile

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 Insurance 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.

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 (morte per tutte le cause) alla Polizza Collettiva nr. 210.786 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.60.459.391 che la Contraente ha stipulato con Aviva Italia S.p.A.;

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

- 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 Insurance 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 Insurance entro 60 giorni dalla Data di decorrenza. L'eventuale Premio lordo pagato viene rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, come previsto dall'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.
- 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 a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza, con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. L'Impresa di Assicurazione 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.

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

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

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. 18 Foro competente; Art. 19 Cessione dei diritti;
- Fascicolo Polizza Danni: Art. 4 Limiti di indennizzo; Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 6 Decorrenza e Durata delle Coperture Assicurative; Art. 7 Diritto di Recesso dal Contratto di Assicurazione; Art. 8 Diritto di Recesso nel corso della Durata Contrattuale; Art. 11 Denuncia del sinistro; Art. 12 Pagamento dell'indennizzo; Art. 20 Foro competente; Art. 22 Cessione dei diritti; Artt. 24-31-36 Prestazioni Assicurate; Artt. 27-33-38 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, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

fac simile

Aviva Italia S.p.A.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D.LGS. N. 196/2003
L'interessato (Assicurato), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) – riportata nei Fascicoli Informativi – acconsente al trattamento dei suoi dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

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

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

DESIGNO, quali Beneficiari della Copertura Caso Morte in base alla **Polizza Collettiva 210.786,** i seguenti soggetti:

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

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

Data ultimo aggiornamento: 19 febbraio 2016

EDIZIONE 05/2016

fac simile