

Mutui Airbag

Contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa temporanea per il caso di morte a capitale decrescente, per invalidità permanente totale da infortunio o malattia, per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, per perdita involontaria d'impegno e per ricovero ospedaliero.

ED.: GIUGNO 2011

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Note Informative
- Condizioni Contrattuali
- Glossario
- Modulo di Adesione

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LE NOTE INFORMATIVE.

INDICE

NOTA INFORMATIVA COPERTURA VITA	1
A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE	1
B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE	2
C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE	4
D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	5
NOTA INFORMATIVA COPERTURE DANNI	1
A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE	1
B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE	1
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	8
CONDIZIONI CONTRATTUALI	1
ART. 1 - GARANZIE PRESTATE	1
ART. 2 - OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	1
ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'	1
ART. 4 - LIMITI DI INDENNIZZO	2
ART. 5 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	2
ART. 6 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	2
ART. 7 - DIRITTO DI RECESSO	3
ART. 8 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	4
ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO	4
ART. 10 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA E RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO	5
ART. 11 - DENUNCIA DEL SINISTRO	6
ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO	6
ART. 13 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI	7
ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI	7
ART. 15 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI	7
ART. 16 - COMUNICAZIONI	7
ART. 17 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO	8
ART. 18 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	8
ART. 19 - LEGGE APPLICABILE	8
ART. 20 - FORO COMPETENTE	8
ART. 21 - CLAUSOLA LIBERATORIA	8
ART. 22 - RINUNCIA ALLA RIVALSA	8
ART. 23 - CESSIONE DEI DIRITTI	8
ART. 24 - CONTROVERSIE	8
ART. 25 - TERMINI DI DECADENZA	9
ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE	10
ART. 26 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE	10
ART. 27 - PRESTAZIONI ASSICURATE	10
ART. 28 - BENEFICIARI	10
ART. 29 - ESCLUSIONI	11
ART. 30 - CARENZA	11
ART. 31 - RISCATTO E PRESTITI	12
ART. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	12

ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA	14
ART. 33 - PRESTAZIONI ASSICURATE	14
ART. 34 - ESCLUSIONI	14
ART. 35 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	15
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA O INFORTUNIO	17
ART. 36 - PRESTAZIONI ASSICURATE	17
ART. 37 - ESCLUSIONI	17
ART. 38 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	18
ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO	19
ART. 39 - PRESTAZIONI ASSICURATE	19
ART. 40 - ESCLUSIONI	19
ART. 41 - DENUNCE SUCCESSIVE – SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI	20
ART. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	20
ASSICURAZIONE INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO	21
ART. 43 PRESTAZIONI ASSICURATE	21
ART. 44 ESCLUSIONI	21
ART. 45 DENUNCE SUCCESSIVE	22
ART. 46 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	22
Allegato 1 - ACCERTAMENTI SANITARI DI BASE PER L'ASSUNZIONE	24
Allegato 2 - ELENCO DELLE ATTIVITA' SPORTIVE E PROFESSIONALI NON ASSICURABILI	25
Allegato 3 - MODULO DENUNCIA DI SINISTRO	26
Allegato 4 - INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA	29
GLOSSARIO	1
MODULO DI ADESIONE	1

NOTA INFORMATIVA POLIZZA COLLETTIVA MUTUI AIRBAG - COPERTURA VITA -

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 Contrattuali prima della sottoscrizione della polizza.

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con EUROVITA ASSICURAZIONI S.P.A.

A) INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

La copertura assicurativa per la garanzia morte della Polizza Collettiva Mutui Airbag Mod. MUTAIR EFI ed.06-11 è sottoscritta da Eurovita Assicurazioni S.p.A., con sede legale in Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma, di seguito definita Compagnia.

Denominazione	EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A., Codice Fiscale e Partita IVA 03769211008
Forma giuridica	Società per Azioni
Indirizzo Sede Legale e Direzione Generale	Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma
Recapito telefonico	06 - 47.48.21
Sito internet	www.eurovita.it;
Indirizzo di posta elettronica	assicurazioni@eurovita.it
Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa	Iscritta al n° 1.00099 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione autorizzate ad operare nel territorio della Repubblica; codice Ivass Impresa A365S; C.F. e n.ro iscrizione Registro Imprese di Roma 03769211008; autorizzata:
	<ul style="list-style-type: none"> • per i Rami I e V e riassicurativa nel ramo I: D.M. dell'Industria del commercio e dell'Artigianato del 28 agosto 1991 n. 19088; • per il Ramo VI: D.M. del 23 febbraio 1993; • per il Ramo III: provvedimento n. 1239 del 26 luglio 1999

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia di Assicurazione

Il patrimonio netto della Compagnia di Assicurazione, come risultante dall'ultimo bilancio approvato, è pari a 184 milioni di Euro, di cui 113,7 milioni di euro di capitale sociale e 70,3 milioni di Euro di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, pari al rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, alla data del 31 dicembre 2012 è pari al 158%.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il contratto inizia a decorrere dal momento del suo perfezionamento. Esso si intende perfezionato, previa sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione e previa corresponsione del premio unico previsto, alle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione, coincidente con la data di erogazione del mutuo. La conclusione del contratto avviene comunque previa esecuzione degli accertamenti sanitari di base per l'assunzione del rischio assicurativo indicati nella tabella di cui all'Allegato 1.

La durata della copertura assicurativa caso morte coincide con la durata prevista dal piano di ammortamento del mutuo ed è compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 30 anni.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente, un'unica Polizza Collettiva vita e tante coperture assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto oppure in caso di cointestazione l'importo totale del finanziamento potrà essere liberamente ripartito tra i cointestatari purchè il capitale iniziale assicurato pro-capite non superi l'intero valore del mutuo erogato.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa offerta da Eurovita Assicurazioni S.p.A.:

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO: in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, Eurovita garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un importo pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento della Polizza calcolato alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il decesso. La copertura assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al decesso dell'Assicurato.

Il valore del capitale assicurato sarà pari all'importo totale (o parziale in caso di erogazione del medesimo finanziamento a più persone) del finanziamento richiesto.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di Finanziamenti per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale richiesto del Finanziamento.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il premio pagato resterà acquisito ad Eurovita.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rinvia all'Art. 27 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni Contrattuali.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso – senza limiti territoriali – fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato e salvo le limitazioni previste all'Art. 29 "ESCLUSIONI" e all'Art. 30 "CARENZA" delle Condizioni Contrattuali. Nei casi previsti dai suddetti

articoli, Eurovita Assicurazioni S.p.A. corrisponderà una somma pari all'ammontare della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

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

Gli accertamenti sanitari di base richiesti per l'assunzione del contratto ove necessari sono riportati nella tabella relativa (cfr. Allegato 1).

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE e alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di un premio unico anticipato.

L'entità del premio vita dipende dalla gamma e dal livello delle garanzie previste dal contratto; influiscono, inoltre, la durata dell'assicurazione e lo stato di salute dell'Assicurato.

Relativamente alla garanzia vita il premio lordo è pari allo 0,236% del capitale assicurato per la durata contrattuale (espressa in anni).

Eurovita Assicurazioni S.p.A, inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal questionario sanitario emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi sanitari o l'esclusione di specifici rischi.

Il premio unico non frazionabile viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il pagamento del premio alla Compagnia da parte della Contraente avviene tramite bonifico bancario sul conto corrente di Eurovita (Codice IBAN IT19 T050 0003 200C C002 7011 400) presso Istituto Centrale delle Banche Popolari Italiane – ICBPI o su altro conto corrente intestato a Eurovita intrattenuto presso l'Istituto collocatore del contratto.

Il presente contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il premio pagato resterà acquisito ad Eurovita Assicurazioni S.p.A.

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza di tutti i costi a carico dell'Assicurato e della relativa quota parte percepita in media dagli intermediari:

Tipo costo	Misura costo	Quota parte percepita in media dagli intermediari
Caricamenti sul premio netto vita (*)	45%	66,67%
Spese fisse in caso di accertamenti sanitari	15 Euro	0%

(*) al netto di eventuali sovrappremi

Tali costi sono indipendenti dall'ammontare del capitale assicurato, dall'età, dal sesso e dalla durata contrattuale.

A titolo esemplificativo per un premio unico di Euro 1.000,00 i costi trattenuti a titolo di caricamento dalla Compagnia sono pari a Euro 450,00 di cui Euro 300,00 rappresentano l'importo percepito dagli intermediari.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso ovvero nei casi di surroga o di rinegoziazione del Finanziamento la Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria. In alternativa l'Assicurato, con richiesta scritta da inviare alla Compagnia di Assicurazione, potrà mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA E RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni Contrattuali.

5. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte della Compagnia di Assicurazione è da ritenersi confermata dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

C) INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

6.1.1 Costi gravanti sul premio

L'emissione del presente contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

Sul premio derivante dalla copertura caso morte viene applicato un caricamento nella misura del 45%, già incluso nel tasso di premio indicato al paragrafo 4. Tale costo è indipendente dall'ammontare del capitale assicurato, dall'età, dal sesso e dalla durata contrattuale.

I costi applicati ai premi versati relativi alla copertura caso morte vengono riportati nella seguente tabella:

Descrizione	Percentuale
Caricamenti sul premio netto vita (*)	45%
Spese fisse in caso di accertamenti sanitari	15 Euro

(*) al netto di eventuali sovrappremi

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza, per le componenti di costo in precedenza indicate, della quota parte percepita in media dagli intermediari:

Tipo costo	Misura costo	Quota parte percepita in media dagli intermediari
Caricamenti sul premio netto vita (*)	45%	66,67%
Spese fisse in caso di accertamenti sanitari	15 Euro	0%

(*) al netto di eventuali sovrappremi

7. Sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

8. Regime fiscale

8.1. Regime fiscale dei premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

8.2. I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% da infortunio o malattia, il rischio di morte da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 15 bis comma 1) lett. f) del D.P.R. n. 917/86, così come modificato dal D. Lgs. n. 344/03 c.d. "Nuovo T.U.I.R.", danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Alla data di redazione della presente Nota Informativa, la detrazione spetta per un importo pari al 19% del premio unico corrisposto con un tetto massimo pari a Euro 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19% applicata all'importo massimo di Euro 1.291,14).

8.3 Tassazione delle somme liquidate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del sinistro dell'Assicurato non sono soggette ad alcuna imposizione fiscale (art.6 del D.P.R. 917/1986).

È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

D) ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all' Art.6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA delle Condizioni Contrattuali.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

La risoluzione del contratto per inadempimento – ossia per mancato pagamento della prima annualità – non trova applicazione in questa tipologia contrattuale a premio unico anticipato.

Fermo restando quanto stabilito nel paragrafo 4 della presente Nota Informativa, il contratto si estingue alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) raggiungimento del 75mo anno di età dell'Assicurato;
- b) pagamento della prestazione per Morte dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
- c) scadenza della Polizza;
- d) esercizio del diritto di recesso;
- e) anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- f) surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- g) rinegoziazione del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);

Il contratto estinto non può essere riattivato.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del contratto si rinvia all'Art. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA e all'Art. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA E RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO.

11. Riscatto e riduzione

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'Assicurazione e non prevede valori di riduzione.

12. Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R o presentandone richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Assicurato per il tramite della Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, previa consegna dell'originale del Modulo di Adesione, il Premio pagato al netto delle eventuali spese sostenute per gli accertamenti sanitari quantificate in 15 Euro.

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso.

13. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di decesso, i Beneficiari designati devono compilare debitamente l'apposito modulo (allegato alle Condizioni Contrattuali contenute nel presente Fascicolo Informativo, disponibile sul Sito Internet della Compagnia in versione sempre aggiornata o presso lo sportello bancario che ha emesso il contratto), e inviare lo stesso a:

Eurovita Assicurazioni S.p.A. Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma

unitamente alla documentazione di cui all'art. 32 delle Condizioni Contrattuali di assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

In alternativa, la banca presso la quale è stato concluso il contratto è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

Eurovita esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore dell'avente diritto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra, dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

Si ricorda che, ai sensi dell' art. 2952 comma 2 del codice civile, come recentemente modificato dal decreto legge n. 179 del 18/10/2012, convertito nella Legge n. 221 del 17/12/2012, se non è stata avanzata richiesta di pagamento, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al fondo di cui al comma 343 dell'art.1 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

14. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio dell'Assicurato o del Beneficiario, o dei loro aventi diritto, ferma la facoltà di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Si precisa che la Polizza, ogni documento ad essa allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (mail, posta o fax) a:

Eurovita Assicurazioni S.p.A.
Funzione Legale
Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma
tel: 06 - 47 48 21
fax 06 - 47 48 23 35
e-mail: reclami@eurovita.it

I reclami indirizzati alla Compagnia contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Eurovita Assicurazioni S.p.A. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, ferma la facoltà di esperire il procedimento di mediazione di cui all'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010.

17. Informativa in corso di contratto

Eurovita comunicherà, in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi d'informativa previsti dalla normativa vigente, per iscritto all'Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Si rinvia al sito internet www.eurovita.it per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

18. Conflitto di interessi

Eurovita non ha individuato alcun caso le cui condizioni contrattuali convenute con soggetti terzi siano in conflitto con gli interessi dei Contraenti.

Alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo Eurovita non ha in portafoglio titoli azio-

nari od obbligazionari emessi da società che hanno una partecipazione significativa nella Compagnia, inoltre non investe in fondi di investimento gestiti da società con partecipazione significativa in Eurovita. La Compagnia ha comunque la facoltà di investire, nel limite del 3% del patrimonio complessivo, in strumenti emessi o in fondi gestiti da Società con partecipazioni significative in Eurovita assicurando comunque la tutela del Contraente da possibili situazioni di conflitto di interesse.

Eurovita, inoltre, alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, non riceve alcun introito derivante da retrocessione di commissioni o qualunque altro provento ricevuto dalle imprese in virtù di accordi con soggetti terzi.

In ogni caso, se Eurovita si trovasse in presenza di conflitto di interessi, opererebbe in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

19. Non pignorabilità e non sequestrabilità

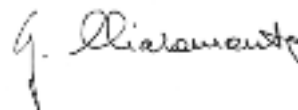
Ai sensi e nei limiti di cui all'art. 1923 del Codice Civile le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono né pignorabili né sequestrabili.

20. Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte ai Beneficiari a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario, fatte salve, rispetto ai premi pagati, le stesse tutele previste nell'art.1923.

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

Il Direttore Generale
Giancarlo Chiaromonte



NOTA INFORMATIVA POLIZZA COLLETTIVA MUTUI AIRBAG - COPERTURE DANNI -

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA A MUTUI – FINANZIATA

COPERTURE DANNI: Invalidità Permanente Totale - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale al lavoro - Perdita Involontaria d'Impiego

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la Contraente ha stipulato con AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A..

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 SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Aviva Assicurazioni S.p.A è Società del Gruppo AVIVA, Sede legale e Sede sociale in Italia Via Angelo Scarsellini, 14 – 20161 Milano.

Recapito telefonico: 02/2775.1 – sito internet: www.avivaitalia.it.

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzionedanni_bancassurance@avivaitalia.it

- per informazioni relative a liquidazione sinistri: sinistri_bancassurance@avivaitalia.it.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992)

Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'Albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia di Assicurazione

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 7.050.584,00 di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 5.000.009,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 2.050.575,00.

L'indice di solvibilità della Compagnia di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 186,43%

- L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

Il Contratto di Assicurazione non prevede il tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti dall'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni Contrattuali.

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

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente la durata coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 1 anno e massimo di 30 anni.

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

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

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

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Le presenti Coperture sono prestate da Aviva Assicurazioni S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva Assicurazioni S.p.A. e la Contraente a favore di tutti i Clienti che hanno sottoscritto un Finanziamento ed aderito alla Polizza Collettiva – che pertanto assumono la figura di Assicurati -.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente, un'unica Polizza Collettiva e tante coperture assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto oppure in caso di cointestazione l'importo totale del finanziamento potrà essere liberamente ripartito tra i cointestatari purchè il capitale iniziale assicurato pro-capite non superi l'intero valore del mutuo erogato.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, la mancata accettazione da parte della Compagnia di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

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

- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati)
- prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per i non lavoratori ed i lavoratori dipendenti di enti pubblici)
- prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida per i lavoratori dipendenti di enti privati)
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida solo per i lavoratori autonomi)

PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia di Assicurazione liquida all'Assicurato la prestazione assicurata pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda all'Art.33 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni Contrattuali.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 Assicurato e per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

La presente garanzia viene prestata:

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato,

salvo le limitazioni previste dall'Art. 34 "ESCLUSIONI" delle Condizioni Contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;

- fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

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

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

CAPITALE FINANZIATO EURO 500.000,00	CAPITALE RESIDUO AL MOMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA O DA INFORTUNIO EURO 250.000,00	FRANCHIGIA DI POLIZZA LIQUIDAZIONE DEL RESIDUO TOTALE IN CASO DI POSTUMI PARI O SUPERIORI AL 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di Euro 250.000,00	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta (Franchigia 66%)

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso.

PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo del ricovero stesso, **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.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda all'Art.36 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni Contrattuali.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 37 "ESCLUSIONI" delle Condizioni Contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

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

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

RATA MENSILE DEL FINANZIAMENTO DA RIMBORSARE EURO 1.500,00	DURATA RICOVERO OSPEDALIERO	FRANCHIGIA DI 7 GIORNI
Ricovero ospedaliero	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
	39 giorni senza soluzione di continuità	Liquidazione di due mensilità (30 giorni in eccesso al primo ricovero liquidabile per superamento della franchigia)
Ricovero ospedaliero	13 mesi	Indennizzo massimo 12 rate mensili
Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza)	Durata ricovero ininfluente	Nessuna liquidazione

PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;
- cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria la Compagnia di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di finanziamento, pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni.
- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni.

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda all'Art. 39 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni Contrattuali.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 40 – "ESCLUSIONI"; delle Condizioni Contrattuali che possono dal luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **fino alla data di pensionamento dell'Assicurato.**

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

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

Dipendente privato	Rata mensile = 300,00 Euro	
Perdita d'impiego per chiusura azienda	Indennizzo mensile di 300,00 Euro	Indennizzo per un massimo di 12 rate
Perdita d'impiego durante il periodo di carenza iniziale	Carenza 30 giorni	Nessun indennizzo
Perdita d'impiego per dimissioni dipendente	300,00 Euro	Nessun indennizzo
Cambiamento di attività lavorativa da Dipendente privato a lavoratore autonomo	300,00 Euro	Nessun indennizzo

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

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

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 43 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

- ad un **Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni.**
- ad un **Periodo di Carenza di 30 giorni.**

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 44 – "ESCLUSIONI"; delle Condizioni Contrattuali che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione:**
- **fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.**

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

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

Rata mensile da rimborsare Euro 2.500,00	Rata massima mensile da liquidare Euro 2.000,00	Franchigia assoluta 30 giorni
Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile successiva di Euro 2.000,00 solamente se la suddetta rata scade nel periodo di inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea 60 giorni: Scadenza rata il 28 di ogni mese Data sinistro: 1 luglio Scadenza rata il 28 luglio quindi in franchigia Scadenza rata successiva in copertura
Data di inizio copertura 1 di settembre - data della inabilità 20 settembre	Durata della inabilità 30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'inabilità è ininfluente.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

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

5. Premi

Le Coperture assicurative vengono prestate dalla Compagnia di Assicurazione dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata del finanziamento.

Il premio unico non frazionabile viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al contratto di Finanziamento mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza Collettiva apposito mandato all'incasso.

Il costo trattenuto dalla Compagnia di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio – riportato all'Art. 9 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione – è pari al 45% del Premio unico versato al netto delle imposte. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 66,67% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un premio unico di Euro 1.025,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 450,00 di cui Euro 300,00 rappresentano l'importo percepito dagli Intermediari.

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza di tutti i costi a carico dell'Assicurato e della relativa quota parte percepita in media dagli intermediari:

Tipo costo	Misura costo	Quota parte percepita in media dagli intermediari
Caricamenti sul premio netto danni (*)	45%	66,67%

(*) al netto delle imposte

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente, ovvero nei casi di surroga o di rinegoziazione del Finanziamento la Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria. In alternativa l'Assicurato, con richiesta scritta da inviare alla Compagnia di Assicurazione potrà mantenere in vigore le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 10 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA E RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO" delle Condizioni Contrattuali.

6. Rivalse

La Compagnia 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. 22 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

7. Diritto di recesso al contratto di assicurazione

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R o presentandone richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Assicurato per il tramite della Contraente il Premio pagato entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera la Contraente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso.

7.1 Diritto di recesso coperture danni

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando alla Compagnia di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

Aviva Assicurazioni S.p.A. Via Angelo Scarsellini 14, 20161 Milano.

La Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, calcolata come riportato all'Art. 7.1 "DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Caso Morte rimane attiva anche in caso di recesso dalle Coperture Danni.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

9. Legge applicabile

Ai sensi dell'Art. 181 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs.209/05) al contratto di Assicurazione si applica la legge Italiana.

10. Regime fiscale

10.1 Imposte sui premi

I premi di Assicurazione per le coperture Danni previste dal presente Contratto sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

10.2 Detrazione fiscale dei premi

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% da infortunio o malattia, il rischio di morte da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 15 bis comma 1) lett. f) del D.P.R. n. 917/86, così come modificato dal D. Lgs. n. 344/03 c.d. "Nuovo T.U.I.R.", danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Alla data di redazione della presente Nota Informativa, la detrazione spetta per un importo pari al 19% del premio unico corrisposto con un tetto massimo pari a Euro 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19% applicata all'importo massimo di Euro 1.291,14).

10.3 Tassazione delle somme assicurate

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazioni delle prestazioni

L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il Sinistro per il quale è prestata la Copertura Assicurativa.

La denuncia dei Sinistri con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata presso la Filiale della Banca compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alla Compagnia di Assicurazione al seguente indirizzo: Aviva Assicurazioni S.p.A. – Via Angelo Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

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

La Compagnia di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa specificata agli Articoli "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi" riguardanti ogni garanzia.

12. Reclami

Nel caso si applichi al contratto la legislazione italiana eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto ad

Aviva Assicurazioni S.p.A.
Servizio Reclami
con sede in Milano - Via Angelo Scarsellini, 14
numero di fax 02.2775245
indirizzo e-mail cureclami@avivaitalia.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 ROMA - telefono: 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: i dati del reclamante, l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato ed il motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia 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 e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso, invece, la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami, dovranno essere inviati all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata applicata. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

13. Arbitrato

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle coperture Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea Totale, Ricovero ospedaliero e Perdita d'impiego, prestate dal presente contratto di assicurazione, hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici. 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.

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

Il Rappresentante Legale
Patrick Dixneuf



CONDIZIONI CONTRATTUALI POLIZZA COLLETTIVA MUTUI AIRBAG

I testi integrali delle Polizze Collettive stipulate tra la CONTRAENTE e le COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE sono depositati presso la sede della Contraente e presso le sedi di EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A e AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra la Banca e le Compagnie di Assicurazione richiamate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato, comprende le garanzie:

- Morte, per tutti gli Assicurati, prestata da EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Invalidità Permanente Totale, per tutti gli Assicurati, prestata da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero, per chi non esercita alcuna attività lavorativa e per i dipendenti pubblici, prestata da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro, solo per i lavoratori autonomi, prestata da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.;
- Perdita Involontaria d'Impiego, solo per i lavoratori dipendenti del settore privato, prestata da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida senza limiti territoriali solo se il contratto di lavoro è regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia stipulato un mutuo con la Contraente di durata compresa tra 1 e 30 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art.4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- b) sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni alla data di stipulazione del contratto, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 75 anni non compiuti;
- c) abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione ed abbia eseguito gli accertamenti sanitari di base per l'assunzione del rischio assicurativo indicati nella tabella di cui all'Allegato 1 che prevede, in funzione della somma assicurata (da intendersi complessiva nel caso l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti assicurati) e dell'età la seguente documentazione sanitaria:
 - 1) Dichiarazione di buono stato di salute,
 - 2) Questionario Medico Semplificato,
 - 3) Rapporto di Visita Medica ed accertamenti medici richiesti dalle Compagnie di Assicurazione.

Le Compagnie di Assicurazione, relativamente al Questionario Medico e al Rapporto di Visita

Medica, si riservano il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa. Tali documenti vengono raccolti dalla Contraente in busta chiusa ed inviati alle Compagnie di Assicurazione.

Si precisa che in caso di cointestazione l'importo totale del finanziamento potrà essere liberamente ripartito tra i cointestatari purchè il capitale iniziale assicurato pro-capite non superi l'intero valore del mutuo erogato.

Nel caso di più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte delle Compagnie di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

Con specifico riferimento alle garanzie danni:

- non sia stato assente dalla normale attività lavorativa, qualora sia lavoratore, negli ultimi 12 mesi, per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte o Invalidità Permanente Totale Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione o cointestazione di più Finanziamenti assicurati;
- Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego – Ricovero Ospedaliero: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

In caso di mutui erogati per un importo superiore al massimale di Euro 500.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al debito residuo in linea capitale.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il contratto inizia a decorrere dal momento del suo perfezionamento. Esso si intende perfezionato, previa sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo di Adesione, esecuzione degli accertamenti sanitari di base per l'assunzione del rischio assicurativo indicati nella tabella di cui all'Allegato 1 e corresponsione del premio unico previsto, alle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione coincidente con la data di erogazione dello stesso.

La durata contrattuale espressa in anni coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa) e per la copertura assicurativa caso morte e per la garanzia Invalidità Permanente Totale è compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 30 anni. Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è prevista comunque una durata non inferiore ad 1 anno ed una durata massima di 10 anni. La garanzia Perdita d'Impiego ha inoltre termine alla data di pensionamento.

In relazione ai mutui di durata flessibile, si specifica che la durata della copertura assicurativa

coincide con la durata iniziale del piano di ammortamento; pertanto qualora il sinistro dell'Assicurato avvenga oltre la data di scadenza iniziale del piano di ammortamento del finanziamento flessibile, nulla è dovuto da parte delle Compagnie di Assicurazione.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento 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:

1. decesso dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
3. scadenza della Polizza;
4. raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
5. esercizio del diritto di recesso;
6. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
7. surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
8. rinegoziazione del contratto di mutuo (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alle Compagnie tramite raccomandata A/R o presentandone richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. Il premio lordo pagato per la parte danni verrà rimborsato all'Assicurato per il tramite della Contraente, previa consegna dell'originale del Modulo di Adesione, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Per la parte vita la Compagnia rimborserà all'Assicurato per il tramite della Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, previa consegna dell'originale del Modulo di Adesione, il Premio pagato al netto delle eventuali spese sostenute per gli accertamenti sanitari quantificate in 15 Euro.

7.1 Diritto di recesso coperture danni

A partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso oppure inviando alla Compagnia di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso, al seguente indirizzo:

Aviva Assicurazioni S.p.A. Via Angelo Scarsellini 14, 20161 Milano.

La Compagnia di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa alle Coperture Danni corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro: $(PDanni * 0,975) * (1-H) * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PDanni * 0,975) * H * [(N-K) / N]$

Dove

- $PDanni * 0,975$ = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga/rinegoziazione del Finanziamento.

La Copertura Caso Morte rimane attiva anche in caso di recesso dalle Coperture Danni.

ART. 8 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

I Beneficiari della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato vengono designati dall'Assicurato tramite specifica indicazione riportata nel Modulo di Adesione.

L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni.

Eventuali revoche o modifiche devono essere fatte con dichiarazione scritta ad Eurovita oppure con testamento recante l'espressa indicazione della polizza.

La banca o l'intermediario finanziario possono essere designati come Beneficiari solo qualora il contratto di assicurazione non sia intermediato dalla banca o dall'intermediario finanziario stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo la morte dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto a Eurovita, rispettivamente, di rinunciare alla facoltà di revoca e di accettare la designazione di beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto dal contratto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Eurovita di volersi avvalere del beneficio.

Nei casi in cui la designazione di beneficio non possa essere revocata, le operazioni di recesso e liquidazione richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

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

In caso di estinzione parziale del Finanziamento la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Finanziamento. In caso di Sinistro verranno liquidate dalle Compagnie di Assicurazione le prestazioni calcolate alla data del Sinistro come sopra riportato.

Se il sinistro si verifica dopo che il Contratto di Finanziamento sia stato oggetto di anticipata estinzione o di surrogazione o di rinegoziazione del Finanziamento e l'Assicurato abbia richiesto di proseguire la Copertura Assicurativa:

- in caso di decesso dell'Assicurato, la somma sarà liquidata ai Beneficiari designati in polizza;
- in caso di Invalidità Totale permanente – Inabilità Temporanea – Ricovero Ospedaliero – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, la somma sarà liquidata all'Assicurato stesso.

ART. 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico anticipato, per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

Il premio è calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata del finanziamento (espressa in anni).

Tale premio viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di Finanziamento, mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito al Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso. Il pagamento del premio alle Compagnie avviene tramite bonifico bancario da parte della Contraente.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Per le Coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato al capitale assicurato e moltiplicato per la durata contrattuale (espressa in anni). Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

Copertura Morte	0,236%
Coperture Danni (Invalidità Totale permanente - Inabilità Temporanea - Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego)	0,13536% (*)

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

Eurovita Assicurazioni S.p.A, inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal questionario sanitario emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di:

– rifiutare l'assunzione del rischio

ovvero

– stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi sanitari o l'esclusione di specifici rischi.

ART. 10 ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE, SURROGA E RINEGOZIAZIONE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Morte o per la garanzia Invalidità Permanente Totale, ovvero nei casi di surroga e rinegoziazione del mutuo, la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/rinegoziazione del Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alle Compagnie di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/surroga/rinegoziazione del Contratto di Finanziamento.

Le Compagnie di Assicurazione restituiranno all'Assicurato la parte di premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro: $(PVita + PDanni * 0,975) * (1-H) * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PVita + PDanni * 0,975) * H * [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni * 0,975 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga/rinegoziazione del Finanziamento.

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

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato direttamente alle Compagnie di Assicurazione o per il tramite della Contraente.

In caso di rinegoziazione del mutuo che comporti modifiche incidenti sui parametri assuntivi della copertura assicurativa in essere (durata, capitale, ecc.), nel caso in cui l'Assicurato decida di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa, questa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del finanziamento.

L'Assicurato su richiesta scritta da inviare alle Compagnie di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria. La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure presso la sede della Banca.

Per la Copertura Caso Morte la prestazione sarà erogata ai Beneficiari designati in polizza.

Per le Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

ART. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la Filiale della Contraente compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro. Tale Modulo, completo della documentazione prevista, dovrà essere inoltrato alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. - Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale permanente - Inabilità Temporanea - Ricovero Ospedaliero - Perdita d'Impiego): Aviva Assicurazioni S.p.A. - Via Angelo Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

Per informazioni relative ai Sinistri della Garanzia Morte gli aventi causa potranno rivolgersi al numero telefonico:

06 - 474821

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (IPT,ITT,RO,PI) l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero verde:

800 123 776

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo di Denuncia.

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

Le Compagnie di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa specificata agli Articoli "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

ART. 12 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO

Per la garanzia caso morte

In caso di decesso, i Beneficiari designati devono compilare debitamente l'apposito modulo (allegato alle Condizioni Contrattuali contenute nel presente Fascicolo Informativo, disponibile sul Sito Internet della Compagnia in versione sempre aggiornata o presso lo sportello bancario che ha emesso il contratto), e inviare lo stesso a:

- Eurovita Assicurazioni S.p.A. Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma.

unitamente alla documentazione di cui all'art. 32 delle Condizioni Contrattuali di assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

In alternativa, la banca presso la quale è stato concluso il contratto è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

Eurovita esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore dell'avente diritto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra, dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

Per le garanzie danni

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, compilare debitamente l'apposito modulo (allegato alle Condizioni Contrattuali contenute nel presente Fascicolo Informativo, disponibile sul Sito Internet della Compagnia in versione sempre aggiornata o presso lo sportello bancario che ha emesso il contratto), e inviare lo stesso a:

- Aviva Assicurazioni S.p.A., Via Angelo Scarsellini 14, 20161 Milano

con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione prevista nelle Condizioni Contrattuali di assicurazione, e, specificamente, all'art. 35 per il caso di Invalidità Permanente Totale, all' art. 46 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 38 per il caso di Ricovero Ospedaliero, all'Art. 42 per il caso di Disoccupazione.

In alternativa, la Banca presso la quale è stato concluso il contratto è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

Aviva Assicurazioni S.p.A potrà inoltre, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla Polizza.

ART. 13 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Verificatosi l'evento assicurato, le Compagnie di Assicurazione provvederanno ad effettuare il pagamento relativo alle prestazioni garantite dal presente Contratto di Assicurazione entro i termini previsti dall'Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO".

Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che le Compagnie di Assicurazione saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo ai Beneficiari designati in polizza (con riferimento alla copertura vita) o all'Assicurato stesso (con riferimento alla copertura danni).

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini dei limiti assuntivi di cui all'Allegato 1.

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie di Assicurazione, con riferimento

alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Assicurato sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Convenzione e a fornire agli Assicurati copia del presente Fascicolo Informativo. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenni e manlevate le Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Compagnie di Assicurazione rinunciano 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

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio dell'Assicurato o del Beneficiario, o dei loro aventi diritto, ferma la facoltà di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010.

ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

ART. 22 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia di Assicurazione che presta le coperture danni 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. 23 CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente Polizza.

ART. 24 CONTROVERSIE

Fermo restando la possibilità delle Parti, per la risoluzione di eventuali controversie, di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della copertura prestata dal presente Contratto di Assicurazione. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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

ART. 25 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie 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, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE (valida per tutti gli assicurati)

ART. 26 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE

Nel caso di Morte dell'Assicurato, Eurovita Assicurazioni S.p.A. corrisponderà l'indennizzo di cui al successivo Art. 27, qualora:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace, sia cioè terminato il periodo di carenza di cui al successivo art. 30 se previsto nel contratto; Eurovita Assicurazioni S.p.A. corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo Art. 27. In caso di estinzione anticipata, surroga e rinegoziazione del finanziamento si rinvia a quanto previsto all'art. 10 delle Condizioni Contrattuali. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato per la copertura caso morte resterà acquisito da Eurovita Assicurazioni S.p.A.
- b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29;
- c) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo Art.32.

ART. 27 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, Eurovita garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un importo pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento della Polizza calcolato alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il decesso. La copertura assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al decesso dell'Assicurato.

Il valore del capitale assicurato sarà pari all'importo totale (o parziale in caso di erogazione del medesimo finanziamento a più persone) del finanziamento richiesto.

Nel caso in cui il finanziamento preveda più cointestatari, il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore del mutuo erogato. In tale caso ciascun aderente del suddetto finanziamento dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione per un importo pari al capitale assicurato prescelto. Nel caso in cui il contratto assicurativo sia sottoscritto per un importo iniziale inferiore a quello del finanziamento concesso, ovvero pari al capitale prescelto, la prestazione relativa a ciascun contratto verrà erogata proporzionalmente all'importo assicurato prescelto.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 500.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il premio pagato per la copertura in caso di morte resterà acquisito ad Eurovita.

In caso di anticipata estinzione totale, di surroga e di rinegoziazione del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 10 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

ART. 28 BENEFICIARI

I Beneficiari della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato vengono designati dall'Assicurato tramite specifica indicazione riportata nel Modulo di Adesione.

L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni.

Eventuali revoche o modifiche devono essere fatte con dichiarazione scritta ad Eurovita oppure con testamento recante l'espressa indicazione della polizza. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo la morte dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto a Eurovita, rispettivamente, di rinunciare alla facoltà di revoca e di accettare la designazione di beneficiario;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto dal contratto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Eurovita di volersi avvalere del beneficio.

Nei casi in cui la designazione di beneficiario non possa essere revocata, le operazioni di recesso, e liquidazione richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

ART. 29 ESCLUSIONI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato – salvo quanto diversamente specificato e nei casi in cui il decesso sia causato da:

- **dolo del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
 - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
 - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **sport e professioni non assicurabili (v. Allegato 2).**

In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito all'art. 27 (Prestazioni assicurate), Eurovita Assicurazioni S.p.A. pagherà il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Gli accertamenti sanitari di base richiesti per l'assunzione del contratto ove necessari sono riportati nella tabella relativa (cfr. Allegato 1) che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 30 CARENZA

30.1 Assicurazione senza visita medica

Nei casi in cui il capitale assicurato non superi 250.000 Euro e l'età di ingresso in assicurazione non superi il sessantesimo anno di età, la copertura assicurativa potrà essere assunta senza che l'Assicurato si sottoponga a visita medica (con le limitazioni di seguito indicate), con la sottoscrizione della DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE. Nel caso in cui non sia possibile sottoscrivere tale dichiarazione, e sempre nei limiti di capitale e di età sopra menzionati, l'Assicurato dovrà compilare il QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO e, in base alle informazioni in esso contenute Eurovita si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione al fine di poter correttamente valutare il rischio.

In questi casi, a parziale deroga dell'art. 27 (Prestazioni assicurate) rimane convenuto che, qualora il decesso avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto o dalla data di effetto se posteriore e il premio sia stato regolarmente versato, Eurovita rimborserà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari alla riserva matematica maturata al momento del sinistro.

Quando il contratto rientra nei parametri di assunzione senza visita medica in base ai criteri sopra specificati, può essere accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché l'Assicurato si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Eurovita non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale B e C in forma acuta e fulminante, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza (ferme restando le esclusioni elencate all'art. 8), intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

30.2 Assicurazione in assenza del test HIV

Nel caso in cui l'Assicurato non aderisca alla richiesta di Eurovita di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga di quanto stabilito all'art. 27 (Prestazioni Assicurate), rimane convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dal perfezionamento del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione assicurata non verrà riconosciuta.

In tal caso, a parziale deroga dell'art. 27 (Prestazioni Assicurate), Eurovita corrisponderà una somma pari all'ammontare della riserva matematica calcolata al momento del sinistro.

ART. 31 RISCATTO E PRESTITI

31.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

31.2. In relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti.

ART. 32 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di decesso, dovrà essere inviata direttamente presso Eurovita Assicurazioni S.p.A. una richiesta da parte dell'avente diritto, corredata di tutti i documenti necessari di seguito indicati.

In alternativa, la Banca presso la quale è stato concluso il contratto è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

La documentazione da inoltrare è la seguente:

- modulo DENUNCIA SINISTRI debitamente compilato
- originale del Modulo di Adesione o, in mancanza, denuncia di smarrimento redatta presso l'Autorità Giudiziaria o, in alternativa, una dichiarazione di smarrimento autenticata dall'Istituto Bancario
- originale del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita
- modulo RELAZIONE DEL MEDICO sulle cause della morte, copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
 - Copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
 - Verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;
 - Decreto di Chiusura Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica.
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento
- se non esiste testamento:
 - per capitali fino a € 129.000: dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico

Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi;

- per capitali superiori a € 129.000: originale - o copia conforme autenticata da un Pubblico Ufficiale - dell'atto notorio, dal quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi;
- modulo ELENCO BENEFICIARI o, in alternativa, una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte che deve riportare le seguenti informazioni:
- dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale)
- indicazione delle coordinate bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti
- in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del capitale

Eurovita si riserva la facoltà di richiedere, nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'intermediario bancario e/o per particolari casistiche, l'autentica della firma del richiedente.

Eurovita esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore dell'avente diritto entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra, dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

Inoltre, l'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il finanziamento, i Beneficiari, o altra persona in loro vece devono:

- fornire ogni ulteriore documentazione che Eurovita Assicurazioni S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del sinistro;
- consentire alla Compagnia di Assicurazione di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

**ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
DA INFORTUNIO O MALATTIA**
(valida per tutti gli assicurati)

ART. 33 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato -, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 34 "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 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa. 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.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 500.000,00 per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO". Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

In caso di anticipata estinzione totale, di surroga e di rinegoziazione del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 10 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli Articoli 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 34 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale e Permanente causati da:

- **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**

- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;

inoltre sono esclusi gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

ART. 35 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Aviva Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o nota emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA O INFORTUNIO
(valida per i non lavoratori ed i lavoratori dipendenti di enti pubblici)

ART. 36 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza, durante il periodo del ricovero stesso, 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.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni; qualora il ricovero avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta;
- 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.

In caso di anticipata estinzione totale, di surroga e di rinegoziazione del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 10 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli Articoli 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 37 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Ricovero Ospedaliero causati da:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;

- **trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;**
- **sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.**

ART. 38 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di ricovero da infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso, deve darne avviso scritto ad Aviva Assicurazioni S.p.A. entro 60 giorni dal giorno di ricovero o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

La denuncia del ricovero deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento inoltre deve essere allegata al Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", la seguente documentazione e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore o di Dipendente Pubblico;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO
(valida per i lavoratori dipendenti di enti privati)

ART. 39 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità;
- cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria

la Compagnia di Assicurazione, liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle rate mensili 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.

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

- ad un **Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni**. L'inizio del **Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa;**
- ad un **Periodo di Carenza di 30 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.**

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

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

In caso di anticipata estinzione totale, di surroga e di rinegoziazione del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 10 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli Articoli 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 40 ESCLUSIONI

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

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego nei seguenti casi:

- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
- **il licenziamento è dovuto a giusta causa;**
- **il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;**

- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- durante il periodo di mobilità del lavoratore dipendente di ente privato maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

ART. 41 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza di 30 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, la Compagnia di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 12 mensilità nel corso della durata contrattuale.

ART. 42 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare ad Aviva Assicurazioni S.p.A. la propria disoccupazione inviando il Modulo di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DEL SINISTRO", e allegando la seguente documentazione:

- Copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di disoccupazione.

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO (valida solo per i lavoratori autonomi)

ART. 43 PRESTAZIONI ASSICURATE

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

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea e Totale al lavoro venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata l'indennità non verrà corrisposta.

In caso di anticipata estinzione totale, di surroga e di rinegoziazione del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 10 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli Articoli 8 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" e 13 "PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI" che precedono.

ART. 44 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea e Totale causati da:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;

- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici e gli stati depressivi;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, taumachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da detti eventi.

ART. 45 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea e Totale al lavoro nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

ART. 46 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Compagnie di Assicurazione entro 60 giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da:

- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia 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 dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ACCERTAMENTI SANITARI DI BASE PER L'ASSUNZIONE

Sede Legale e Direzione Generale:
Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma
Telefono 06.474821 - Telefax 06.42900089



Capitale Sociale Euro 113.720.835,14 i.v.
Iscritta al n° 03769211008 Registro Imprese - C.C.I.A.A. di Roma
Iscritta al n° 1.00099 Albo Imprese Assicurazione - Sez. I
Cod. Fisc. e Part. IVA 03769211008

**ACCERTAMENTI SANITARI DI BASE PER L'ASSUNZIONE
POLIZZE COLLETTIVE E/O MUTUATARI**

CAPITALE ASSICURATO	Fino ai 60 anni	Oltre 60 anni
<i>Fino a</i> € 250.000	Dichiarazione buono stato di salute <i>oppure</i> Questionario medico semplificato Test HIV (facoltativo)	Rapporto di visita medica Test HIV(facoltativo) Esame completo delle urine
<i>da</i> € 250.001 <i>a</i> € 350.000	Rapporto di visita medica Test HIV (facoltativo) Esami ematochimici Sierologia virale Esame completo delle urine	Rapporto di visita medica Test HIV (facoltativo) Esame completo delle urine Esami ematochimici Sierologia virale PSA ECG a riposo
<i>da</i> € 350.001 <i>a</i> € 500.000	Rapporto di visita medica Test HIV (facoltativo) Esami ematochimici Sierologia virale Esame completo delle urine ECG a riposo	Rapporto di visita medica Test HIV (facoltativo) Esame completo delle urine Esami ematochimici Sierologia virale PSA CEA AFP ECG a riposo
<i>oltre</i> € 500.000	Rapporto di visita medica Test HIV (facoltativo) Esame completo delle urine Esami ematochimici Sierologia virale Visita cardiologica PSA CEA AFP ECG a riposo	

<i>Esami ematochimici</i>	Emocromo completo con piastrine + VES + Glicemia + Colesterolemia totale e HDL + Trigliceridemia + Creatininemia + Transaminasi (AST +ALT) + Gamma GT
<i>Esame completo delle urine:</i>	colore + aspetto + ph + glucosio + proteine + emoglobina + corpi chetonici + bilirubina + urobilinogeno + nitriti + leucociti + peso specifico + sedimento urinario
<i>Sierologia virale :</i>	Test HIV (salvo carenza) + HBsAg + HCV
<i>P.S.A. :</i>	Prostatic Specific Antigen, per assicurati di sesso maschile
<i>AFP:</i>	Alfafetoproteine
<i>CEA:</i>	Antigene carcino-embriionale
Il rapporto di visita medica deve essere compilato dal medico curante.	

Mod. ASBCOL EIF ed.07-09.0



Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28 agosto 1991 (Gazzetta Ufficiale del 2 settembre 1991 n. 205).

**ELENCO DELLE ATTIVITA' SPORTIVE E PROFESSIONALI
NON ASSICURABILI**

SPORT

- 1 AUTOMOBILISMO GARE DI VELOCITA'
- 2 IMMERSIONI CON AUTORESPIRATORE PER FOTO
- 3 MOTOCICLISMO GARE SOLO STRADA
- 4 MOTONAUTICA CON PARTECIPAZIONE A GARE
- 5 PESCA SUB CON AUTORESPIRATORE
- 6 PUGILATO PROFESSIONISTI
- 7 SCI ACROBATICO
- 8 SCI CON PARTECIPAZIONE A GARE
- 9 SLITTINI PROFESSIONISTI
- 10 VELA CON PARTECIPAZIONE A REGATE
- 11 VOLO A VELA DELTAPLANO PARACADUTE

PROFESSIONI

- 1 ACROBATI ARIA-DOMATORI BELVE
- 2 ADDETTI INDUSTRIA NUCLEARE
- 3 ADDETTI MINIERE RADIOATTIVE
- 4 ADDETTI MISSIONI ESTERE
- 5 ADDETTI NAVIGAZIONE AEREA
- 6 CARABINIERI ALTI UFFICIALI
- 7 ESERCITO ITALIANO - ARTIFICIERI
- 8 FABBRICANTE SOSTANZE VENEFICHE-ESPLOSIVI
- 9 FABBRICAZIONE ARMI
- 10 GEOLOGI CON USO ESPLOSIVI
- 11 GUARDIE DI FINANZA ALTRI
- 12 GUIDE ALPINE
- 13 MARINA MILITARE-PALOMBARI-SOMMERGIBILISTI
- 14 MINATORI
- 15 OPERAI MINIERA CON ESPLOSIVI
- 16 POLIZIA STATO ALTRI
- 17 PILOTI-PERSONALE VIAGGIANTE
- 18 PIROTECNICI ED ESPLOSIVI
- 19 SOMMOZZATORI-PALOMBARI-SOMMERGIBILISTI
- 20 SPETTACOLO E TV PERICOLOSI
- 21 VIGILI DEL FUOCO IN MINIERA

MODULO DENUNCIA DI SINISTRO



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



Eurovita Assicurazioni S.p.A.
Via dei Maroniti, 12
00187 ROMA
www.eurovita.it
Tel. 06474821 - Fax 0642900089

ABI	CAB	SPORTELLO
-----	-----	-----------

CONVENZIONI	N° ADESIONE
-------------	-------------

DENUNCIA DI SINISTRO

La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello e di consegnarlo alla sua Banca che provvederà ad inviarlo, unitamente alla documentazione richiesta, alla Compagnia competente.

ASSICURATO (Cognome e Nome): _____
Codice Fiscale: _____

Dati relativi all'Assicurato / Avente Causa

Cognome e nome/Rag. Soc. _____ C.F./P.I. _____
Legale Rappresentante _____
Luogo e data di nascita _____ Sesso _____
Residenza _____
Documento di riconoscimento (tipo e numero) _____
Rilasciato da _____ Luogo e data _____

Riquadro da compilare in caso di decesso dell'Assicurato

L'Avente Causa dichiara che si è verificato il decesso dell'Assicurato in data: _____

Compagnia competente in caso di decesso dell'Assicurato: **EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A.**
Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di telefonare al numero **06474821**
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00.

Riquadro da compilare in presenza di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato

L'Assicurato dichiara di essere:

- Lavoratore Dipendente privato Lavoratore Autonomo
 Non Lavoratore Lavoratore Dipendente pubblico

Sinistro avvenuto il _____ a seguito di (breve descrizione modalità sinistro): _____

Compagnia competente in caso di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato: **AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.**
Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di telefonare al **Numero Verde 800123776**
dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.45 e dalle ore 14.45 alle ore 18.00.

RIFERIMENTI BANCARI PER IL PAGAMENTO

IBAN _____ Intestato a _____

Aviva Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via Angelo Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 5.000.009,04 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284960 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269910155 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. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003

Eurovita Assicurazioni S.p.A.

Sede legale Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma Capitale Sociale Euro 113.720.835,14 i.v. R.E.A. di Roma 697480 Iscritta al n° 03769211008 Registro Imprese - Cod. Fisc. e Part. IVA 03769211008 Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28/08/1991 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 02/09/1991) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00099.

Mod.DENSIN COL ed.06-11.0

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN BASE ALLA TIPOLOGIA DEL SINISTRO:

Per tutti i sinistri:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento.

DECESSO dell'Assicurato - valida per tutti gli Assicurati - :

- certificato di morte dell'Assicurato;
- RELAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE (SANREL EIF) attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso.
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
 - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
 - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;
 - decreto di Chiusura Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica.
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento;
- se non esiste testamento:
 - per capitali fino a € 129.000: dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi.
 - per capitali superiori a € 129.000: originale - o copia conforme autenticata da un Pubblico Ufficiale - dell'atto notorio, dal quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi.
- modulo ELENCO BENEFICIARI (BENLIQ EIF) o, in alternativa, una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte che deve riportare le seguenti informazioni:
 - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
 - indicazione delle coordinate bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti;
- in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del capitale;
- in caso di vincolo o pegno: dichiarazione del vincolatario/creditore pignoratizio di rinuncia al vincolo/pegno.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da infortunio o malattia - valida per tutti gli Assicurati -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo residuo del finanziamento.

PERDITA D'IMPIEGO - valida solo per i lavoratori dipendenti privati -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento.

INABILITA' TOTALE E TEMPORANEA da infortunio o malattia - valida solo per i lavoratori autonomi -

- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale);
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento;
- attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es. copia certificato di attribuzione del numero di partita IVA).

RICOVERO OSPEDALIERO da infortunio o malattia - valida per i non lavoratori ed i dipendenti pubblici -

- 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 di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del finanziamento.
- attestato che certifichi la condizione di Non Lavoratore o di Dipendente Pubblico.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'Art. 23 D.Lgs- 196/2003)

Sulla base dell'Informativa Privacy ricevuta, acconsento al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli sensibili e quelli giudiziari, ove esistenti), per finalità assicurative/liquidative.

(Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa)

Luogo e Data _____

Visto Banca per identificazione
dell'Assicurato/Avente Causa

Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa

INFORMATIVA PRIVACY E INFORMATIVA SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

Le nostre aziende devono acquisire (o già detengono) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

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

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono alle aziende informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. e da Aviva Assicurazioni S.p.A., e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine:

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

Le Compagnie di Assicurazione chiedono, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Modulo di Adesione - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

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

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

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente mediante richiesta a:

Aviva Assicurazioni S.p.A. – Via Angelo Scarsellini, 14 – 20161 Milano

EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma

Senza tali, dati le nostre Compagnie di Assicurazione non potrebbero fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte. Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi

modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

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

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

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

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

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

Aviva Assicurazioni S.p.A. – Via Angelo Scarsellini, 14 – 20161 Milano

EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma

ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

Le Compagnie di Assicurazione informano, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

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

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:

- Servizio Privacy – Aviva Assicurazioni S.p.A. – Via Angelo Scarsellini, 14 – 20161 Milano (L'Amministratore delegato pro-tempore è responsabile del trattamento dei dati personali per l'Area Assicurativa)
- EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma - tel. 06.47.48.21 - fax 06.42.90.00.89. – email assicurazioni@eurovita.it (il cui Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali).

GLOSSARIO

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti, cliente della Contraente e intestatario del mutuo con piano di ammortamento alla francese concesso dalla Contraente che ha aderito facoltativamente alla Convenzione Assicurativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Beneficiario della prestazione caso morte è la persona fisica o giuridica designata in polizza dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.

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

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione Danni non corrisponde la prestazione assicurata e la Compagnia di Assicurazione Vita la corrisponde in misura ridotta.

Cointestatario

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

Compagnie di Assicurazione

Per la copertura vita: EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. con sede in Via dei Maroniti, 12 – 00187 Roma.

Per le coperture danni di Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego Aviva Assicurazioni S.p.A. - Compagnia del Gruppo Aviva con sede in Via Angelo Scarsellini 14, 20161 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione N°1.00102 iscrizione all'Albo dei gruppi assicurativi N°038.00003.

Contraente: Istituto di Credito presso il quale è stato richiesto il mutuo che stipula la Polizza Collettiva con le Compagnie.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale le Compagnie di Assicurazione, a fronte del pagamento di un premio, si impegnano a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Convenzione Assicurativa

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Compagnie di Assicurazione e la Banca Contraente della Polizza.

Contratto di Finanziamento

Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari o chirografari** per una somma predeterminata.

ta che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 30 anni ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

Copertura Assicurativa

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

Data di decorrenza

La Data di decorrenza è la data di erogazione del mutuo concesso dalla Contraente.

Decesso

Il decesso è la morte dell'Assicurato.

Debito residuo

Quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al mutuo, 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 e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il Contratto di Assicurazione.

Franchigia

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

L'inabilità è la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui al presente Contratto di Assicurazione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

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

Invalidità Totale e Permanente

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, 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 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA". La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

Istituto di Cura

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

Lavoratore Autonomo

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

Lavoratore Dipendente di ente privato

È Lavoratore Dipendente di ente privato la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

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

A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

Malattia

La Malattia è l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento stipulato con il Contraente, mediante la quale l'Assicurato aderisce alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Non Lavoratore

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

Perdita d'Impiego

È lo stato di disoccupazione a seguito di: - giustificato motivo oggettivo; - messa in mobilità; - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Periodo di Riqualificazione

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Disoccupazione o Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

Polizze

Le polizze collettive di cui alle Convenzioni richiamate nel Modulo di Adesione stipulate dalla Contraente rispettivamente con Aviva Assicurazioni S.P.A. ed EUROVITA ASSICURAZIONI S.P.A. disciplinate dalle Condizioni Contrattuali contenute nel presente Fascicolo Informativo a cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato.

Premio

La somma dovuta alle Compagnie di Assicurazione, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale del capitale assicurato in base alla durata del mutuo (espressa in anni).

Premio Puro

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

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

È la Rata Mensile del finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento rilasciato alla Compagnia di Assicurazione. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego saranno determinati in ogni caso su base mensile.

Sinistro

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

MODULO DI ADESIONE



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



Eurovita Assicurazioni S.p.A.
Via dei Maroniti, 12
00187 ROMA
www.eurovita.it
Tel. 06474821 - Fax 0642900089

ABI	CAB	SPORTELLO	DATA EMISSIONE	TARIFFA	N° PREVENTIVO
-----	-----	-----------	----------------	---------	---------------

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA MUTUI AIRBAG
N° _____ e N° _____
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA

N° ADESIONE _____

Con riferimento alla Polizza Collettiva MUTUI AIRBAG n. _____ e n. _____ stipulata dalla _____ (di seguito denominata La Contraente), rispettivamente con EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. (per la copertura relativa al caso di morte) e AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. (per le coperture di Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita di Impiego) il sottoscritto:

ASSICURATO

Cognome e nome _____ C.F. _____
Luogo e data di nascita _____ Sesso _____
Residenza _____
E-MAIL _____ Tel. _____
Professione _____ Sport _____

INDICARE LA PROFESSIONE E L'ATTIVITA' SPORTIVA SVOLTE.

(Le attività professionali e sportive riportate nell'All. 2 - Elenco delle attività professionali e sportive non assicurabili - comportano un rischio non assumibile da parte della Compagnia EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A.)

a seguito del finanziamento stipulato con la Contraente, identificato con il numero _____ con scadenza il _____, periodicità _____ tasso applicato _____%

DICHIARA

- di voler aderire alla copertura caso morte di cui alla polizza collettiva n. stipulata tra la Contraente e Eurovita Assicurazioni S.p.A.;
- di voler aderire alla copertura ramo danni di cui alla polizza collettiva n. stipulata tra la Contraente e AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A..

DATI ASSICURATIVI

Capitale da assicurare: _____
Data decorrenza: _____ Data scadenza: _____ Durata: anni ____ mesi ____

Premio copertura caso morte _____
Sovrappremio Sanitario _____
Spese Mediche _____

Premio lordo copertura caso morte

Ammontare dei costi a carico dell'Assicurato _____
di cui percepiti dall'Intermediario _____

Premio lordo copertura danni

Ammontare dei costi a carico dell'Assicurato _____ di cui imposte _____
di cui percepiti dall'Intermediario _____

PREMIO LORDO TOTALE

Aviva Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via Angelo Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 5.000.009,04 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284960 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269910155 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. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003

Eurovita Assicurazioni S.p.A.

Sede legale Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma Capitale Sociale Euro 113.720.835,14 i.v. R.E.A. di Roma 697480 Iscritta al 4 03769211008 Registro Imprese - Cod. Fisc. e Part. IVA 03769211008 Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28/08/1991 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 02/09/1991) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00099.

Mod. CT1147 ADS ed.05-13.0

BENEFICIARI

Beneficiari Morte:

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

DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento della sua conclusione. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso, l'Assicurato e le Compagnie sono liberate dalle rispettive obbligazioni.

PROGETTO GREEN

Autorizzo Eurovita Assicurazioni SpA ad inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da me intrattenuti con la Compagnia. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da me indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione. Prendo atto ed accetto che tale modalità sarà adottata da Eurovita Assicurazioni S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni e sarà eseguita in adempimento agli obblighi di informativa in corso di contratto stabiliti dagli artt. 13 e seguenti del Regolamento Ivass n. 35 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Assicurato/a _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Io sottoscritto/a _____

ACCONSENTO esplicitamente, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, all'assicurazione sulla mia vita in base all'apposita Polizza n. _____ stipulata dalla Contraente con Eurovita Assicurazioni S.p.A.;

DICHIARO di esercitare la professione di _____;

DICHIARO di praticare l'attività sportiva _____;

DICHIARO di avere altre polizze di assicurazione sulla vita per un capitale in caso di morte pari a € _____;

PRENDO ATTO che EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. potrebbe applicare un sovrappremio derivante dalla maggiore valutazione del rischio che essa corre;

PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali Eurovita Assicurazioni S.p.A. ritenesse in ogni momento di rivolgersi per informazioni; **ACCONSENTO** che tali informazioni siano da EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. stessa o chi per essa comunicate ad altre persone od enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative o riassicurative;

DICHIARO di aver letto e conoscere l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali riportata nel Fascicolo Informativo e, consapevole che in mancanza di consenso non è possibile la stipulazione del contratto di assicurazione o la sua successiva prosecuzione, presto il consenso alla comunicazione ad AVIVA Assicurazioni S.p.A. ed ad EUROVITA Assicurazioni S.p.A. e a soggetti terzi ed al relativo trattamento per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza nonché per l'eventuale trasferimento all'estero dei Dati, ivi compresi dati sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della Polizza.

DICHIARO (se lavoratore autonomo o dipendente) di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia o infortunio.

L'Assicurato/a _____

DICHIARO di aver ricevuto le Note Informative, le Condizioni Contrattuali, il Glossario e il presente Modulo di Adesione contenuti nel Fascicolo Informativo Mod.
e di aver preso conoscenza delle Condizioni Contrattuali accettandole in ogni loro parte.
L'Assicurato/a

DICHIARO di essere consapevole che l'adesione alla polizza è facoltativa;

DICHIARO di essere consapevole circa la libertà di ricercare sul mercato prodotti analoghi;

DICHIARO che il prodotto corrisponde alle mie esigenze di protezione assicurativa.
L'Assicurato/a

DICHIARO di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle sopraindicate Condizioni di Assicurazione:

Art. 3 Requisiti di assicurabilità - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 6 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 7 Diritto di recesso - Art. 11 Denuncia del sinistro - Art. 12 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 20 Foro competente - Art. 23 Cessione dei diritti - Artt. 27 - 33 - 36 - 39 - 43 Prestazioni assicurate - Artt. 29 - 34 - 37 - 40 - 44 - Esclusioni - Art. 30 Carenza.

L'Assicurato/a

AVVERTENZE

- la veridicità delle dichiarazioni relative allo stato di salute è essenziale per la validità delle coperture assicurative;
- eventuali dichiarazioni inesatte, non veritiere o reticenti, relative a circostanze che incidono sulla valutazione del rischio, comprometteranno il diritto alla prestazione assicurativa, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile;
- prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni rese nel questionario sanitario o nella dichiarazione di buono stato di salute;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

La copertura assicurativa avrà efficacia, previa verifica del corretto inserimento dei dati, dalle ore 24.00 della data di decorrenza, a condizione che risultino regolarmente corrisposti il premio e gli eventuali sovrappremi.

Letto ed approvato specificatamente tutto quanto sopra.

Luogo di emissione _____

L'Assicurato/a

Data di emissione _____

Parte riservata all'Istituto Bancario

SI DICHIARA di aver provveduto personalmente all'identificazione dell'Assicurato, le cui generalità sono state riportate fedelmente negli spazi appositi.

Si dichiara inoltre di aver preso visione e di essere a conoscenza della legge n°197/91 e successive modificazioni.

Timbro e firma della Banca

Data _____



Eurovita Assicurazioni S.p.A.
Via dei Maroniti, 12
00187 ROMA
www.eurovita.it
Tel. 06474821 - Fax 0642900089

		ABI	CAB	SPORTELLO
IL SOTTOSCRITTO (COGNOME E NOME)	NATO IL	CODICE TARIFFA	CAPITALE ASSICURATO	
PROFESSIONE	SPORT			

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara quanto segue:

- di non essere stato, negli ultimi cinque anni, ricoverato in Case di Cura, Ospedali, Cliniche o qualsiasi struttura sanitaria, con esclusione di ricovero per parto purché sia avvenuto senza conseguenze cliniche, e di non essere stato o essere attualmente affetto da patologie organiche, osteoarticolari, croniche, nervose o psichiche, di non fare uso in forma continuativa di farmaci per terapie e di sostanze stupefacenti e di non essere mai stato sottoposto a chemioterapia e radioterapia;
- di non essere in attesa di ricovero;
- di non aver taciuto alcuna notizia relativa alla propria salute, di essere a conoscenza che la veridicità delle risposte e dichiarazioni rese è essenziale per la validità delle coperture assicurative che EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A. fornirà in relazione alle stesse.

PROSCIOGLE dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Letto ed approvato tutto specificatamente quanto sopra.

Data sottoscrizione _____

L'Assicurando _____

Eurovita Assicurazioni S.p.A.

Sede legale Via dei Maroniti, 12 00187 Roma Capitale Sociale Euro 107.502.267,56 i.v. R.E.A. di Roma 697480 Iscritta al n° 03769211008 Registro Imprese - Cod. Fisc. e Part. IVA 03769211008
Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28/08/1991 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 02/09/1991) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00099.

Mod. DICBSS COL ed.02-10.0



PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

Aviva Assicurazioni S.p.A.

Via Angelo Scarsellini, 14 - 20161 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



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



Sede legale e sede sociale in Italia Via Angelo Scarsellini, 14 - 20161 Milano Capitale Sociale Euro 5.000.009,04 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284960 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269910155 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. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003

Eurovita Assicurazioni S.p.A.

Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma

www.eurovita.it

Tel. +39 06 474821

Fax +39 06 42900089



Sede legale Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma Capitale Sociale Euro 113.720.835,14 (i.v.) R.E.A. di Roma 697480 Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 03769211008, Codice Fiscale e Partita IVA 03769211008 Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28/08/1991 (Gazzetta Ufficiale n. 205 del 02/09/1991) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00099