

CPI 4YOU

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI TARIFFA CPAF

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN FORMA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa per la Copertura Caso Morte;
- Nota Informativa per le Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali;
- Modulo di Adesione;

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

**Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il
Finanziamento alle condizioni proposte**

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



Avipop Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



1. NOTA INFORMATIVA (Copertura Caso Morte)

CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 59.367**

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: assunzione_vita@aviva.com
- per informazioni relative alle liquidazioni: liquidazioni_vita@aviva.com

Avipop Vita S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS nr. 2709 del 12/6/2009. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Vita S.p.A. è pari a Euro 54.566.498,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 47.500.000,00 (i.v.) e le Riserve Patrimoniali a Euro 7.066.498,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 116,20%. L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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 Avipop Vita S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

La presente Copertura caso morte è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia prestate da Avipop Assicurazioni S.p.A..

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

La durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

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

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

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente (Agos-Ducato S.p.A.) l'Intermediario che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

Il Contratto di Assicurazione prevede, nella presente Nota Informativa, la seguente prestazione assicurativa:

- prestazione in caso di Decesso

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata contrattuale, l'Impresa di Assicurazione liquida al Beneficiario la prestazione assicurativa pari al Debito residuo in linea capitale alla data del Decesso dell'Assicurato al netto di eventuali rate insolute, degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

La prestazione assicurativa verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato; limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni dell'Assicurato ai fini dell'efficacia della Copertura Assicurativa.

4. PREMI

La Copertura Assicurativa viene prestata dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato, determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Tale premio, viene versato all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto all'Impresa di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al:

- per Finanziamenti con durata da 6 mesi a 120 mesi: 55% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90,91% del costo stesso;
- per Finanziamenti con durata da 121 mesi a 180 mesi: 50% del Premio unico versato. di cui la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90% del costo stesso.

A titolo esemplificativo considerando un Finanziamento di durata 60 mesi, per un Premio Unico di Euro 1.000,00, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 550,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso o di Invalidità Totale Permanente garanzia prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A., ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato – entro 30 giorni -, per il tramite della Contraente la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente, in alternativa al rimborso del premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

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

Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2016
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2021
Capitale assicurato		20.000,00
Data Estinzione Anticipata		20/11/2017
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	60
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	20
TASSO PREMIO		3,50%
PREMIO VERSATO	PVita	700,00
Costi sul premio (55%) in valore assoluto	H	385,00
Provvigioni (90,91%)		350,00
Spese di gestione		35,00
Premio versato al netto dei costi		315,00
Importo da rimborsare		€397,81
di cui Premio puro		€ 141,15
di cui spese		€ 256,67

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. COSTI

5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COSTO %
Da 6 mesi a 120 mesi	55%
Da 121 mesi a 180 mesi	50%

Il costo è calcolato sul Premio unico versato..

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

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

Quota-parte del costo retrocessa all'Intermediario
90,76%

6. SCONTI

Non sono previsti sconti.

7. REGIME FISCALE - LEGALE

7.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

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

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

7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

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

7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

8.1 DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Successivamente la Contraente provvede ad inviare in modo tempestivo all'Assicurato una Lettera di Benvenuto.

8.2 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La Copertura Assicurativa prevista dal presente Contratto si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 26 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione – dalle ore 00 del giorno di decorrenza a condizione che l'Assicurato abbia pagato il Premio unico ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza del Contratto e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.

8.3 AMBITO DI APPLICAZIONE

Può essere assicurato il soggetto coincidente con il Cliente - che abbia ottenuto la concessione di un Finanziamento da parte della Contraente ed abbia aderito alla Polizza Collettiva - sulla cui persona è stipulata la Copertura.

E' assicurabile ciascuna persona fisica, che:

- abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- sottoscriva un Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massima di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3. "PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE" che precede.

9. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

- a) decesso dell'Assicurato;
- b) accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato nell'ambito dell'abbinata Copertura di Invalidità Totale Permanente prestata dall'Impresa di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- c) alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- d) esercizio del diritto di recesso;
- e) anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- f) annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte dell'Impresa di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 5 DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" e dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI

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

11. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio potrà essere direttamente rimborsato allo stesso, dall'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

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

12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dai Beneficiari, i quali potranno compilare l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso la Filiale della Banca. La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano.

Per una più veloce gestione della liquidazione è opportuno fornire un numero di telefono o un indirizzo e-mail di contatto. Per ulteriori informazioni in merito alla documentazione da produrre è possibile contattare il numero verde 800.113085.

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

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

Per un maggior dettaglio sulla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si

rimanda allo specifico Art. 27 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato affinché sia sua cura portare i Beneficiari a conoscenza della designazione, mettendoli inoltre nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dall'Impresa.

12.2 PRESCRIZIONE

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

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

15. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Avipop Vita S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano telefax 02 2775 245 indirizzo e-mail: reclami_vita@aviva.com.

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

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

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

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

17. COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Le comunicazioni dell'Assicurato possono essere fatte pervenire, oltre che direttamente all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano anche alla Contraente presso cui è appoggiato il Contratto di Assicurazione.

18. CONFLITTO DI INTERESSI

L'Impresa di Assicurazione è dotata di una procedura per l'individuazione e la gestione dei conflitti d'interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti di assicurazione, al fine di garantire che l'operato della stessa e dei propri intermediari non rechi pregiudizio agli interessi dei Contraenti, nel rispetto altresì degli obblighi di trasparenza e correttezza nei rapporti con la clientela.

In particolare la procedura è finalizzata a fare in modo che l'Impresa, a seconda della tipologia dei contratti offerti:

- si astenga dall'effettuare operazioni in cui vi sia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo, attraverso la sua preventiva individuazione;
- valuti l'eventuale inevitabilità del conflitto così individuato;
- effettui operazioni nell'interesse dei Contraenti alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione ed alla natura delle operazioni stesse;
- operi al fine di contenere i costi a carico dei Contraenti ed ottenere per loro il miglior risultato possibile, anche in relazione agli obiettivi assicurativi;
- si astenga dall'effettuare operazioni con frequenza non necessaria per la realizzazione degli obiettivi assicurativi;
- si astenga da ogni comportamento che possa avvantaggiare una gestione separata o un fondo interno a danno di un altro.

Avipop Vita S.p.A., l'Impresa che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo Inglese Aviva Plc, è controllata al 100% da Avipop Assicurazioni S.p.A.. Avipop Assicurazioni S.p.A. è partecipata al 50,001% da Aviva Italia Holding S.p.A. ed al 49,999% da Holding di partecipazioni finanziarie Banco Popolare S.c.p.a..

Il prodotto viene distribuito da AGOS DUCATO S.p.A. (iscritta alla sezione D del RUI con n° D000200619), Società partecipata dal Gruppo Banco Popolare, attraverso le Filiali delle Banche del Gruppo Banco Popolare (iscritto alla sezione D del RUI con n° D000396976).

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, è stata pertanto individuata la seguente situazione passibile di conflitto di interesse:

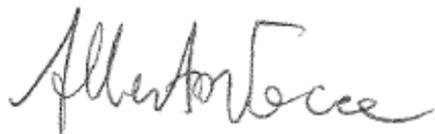
- l'impresa di Assicurazione e l'intermediario che distribuisce il prodotto sono legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

In ogni caso l'Impresa di Assicurazione, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

* * * *

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

**Il rappresentante legale
Alberto Vacca**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alberto Vacca', written in a cursive style.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

2. NOTA INFORMATIVA (Copertura Danni)

CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia Polizza Collettiva nr. 3473**

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it

– per informazioni relative alle liquidazioni: sinistri_bancassurance@aviva.com

Avipop Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento IVASS n. 2388 del 9/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00191. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Dall'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Avipop Assicurazioni S.p.A. è pari a Euro 65.202.492,00 di cui Euro 63.500.000,00 di Capitale Sociale (i.v.) e Euro 1.702.492,00 di Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 141,61%.

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.

Le presenti Coperture sono sottoscrivibili esclusivamente in abbinamento alla Copertura Morte prestata da Avipop Vita S.p.A.

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO" delle Condizioni di Assicurazione.

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 e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

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

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

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

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 Avipop Assicurazioni S.p.A. non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

Più precisamente la Polizza Collettiva prevede:

- come Contraente (Agos-Ducato S.p.A.) l'Intermediario che ha erogato il Finanziamento;
- tante Coperture Assicurative (Contratti di Assicurazione) quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – una prestazione iniziale assicurata è pari all'importo totale del Finanziamento richiesto.

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

- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
- prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

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

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 28 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Sinistro; limite complessivo per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. Per maggiori dettagli sull'applicazione di detto limite si rinvia all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" delle Condizioni di Assicurazione

La presente garanzia viene prestata:

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia 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 all'Art. 31 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.

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

Capitale finanziato 80.000 Euro	Capitale residuo al momento dell'invalidità permanente da malattia o da infortunio 50.000 Euro	Franchigia di polizza Liquidazione del residuo totale in caso di postumi pari o superiori al 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di 50.000 Euro	Invalidità 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, **con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 24 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 38 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di ricovero è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia di 5 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. 40 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

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

Rata mensile del finanziamento da rimborsare = 1.500 Euro	Durata Ricovero ospedaliero	Franchigia di 5 giorni
Ricovero ospedaliero	8 giorni	Liquidazione di una mensilità per superamento franchigia
	40 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 di 12 mesi
Ricoveri ospedalieri di diversa durata con soluzione di continuità durante il periodo della copertura assicurativa	Totale di 40 mesi	Indennizzo massimo di 12 mesi per sinistro con il massimo di 24 rate per tutta la durata della polizza

Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza)	Durata ricovero ininfluente	Nessuna liquidazione
---	-----------------------------	----------------------

PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale, 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 24 rate mensili per tutta la durata contrattuale.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 33 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

- **ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.**

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

La presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 35 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e che alla data di scadenza della Copertura Assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.**

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

Rata mensile da rimborsare = 500 Euro	Rata massima mensile liquidabile = 2.000 Euro	Franchigia assoluta = 60 giorni
Indennizzo	La rata mensile viene indennizzata ogni volta che trascorrono 30 giorni consecutivi di inabilità totale superata la soglia di franchigia di 60 giorni	Inabilità totale = 120 giorni Periodo di Inabilità totale = 1° settembre – 1° gennaio Rate da liquidare = novembre dicembre,
Inabilità temporanea totale	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 – NULLITA'

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile come previsto all'Art. 4 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA Prima di sottoscrivere il Modulo di Adesione, comprensivo del Questionario Sanitario per i prestiti superiori a €20.000,00, l'Assicurato dovrà verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni rese in essi contenute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché determinare la cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5. PREMI

Le Coperture Assicurative vengono prestate dall'Impresa di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato, determinato moltiplicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento (escluso l'eventuale periodo di preammortamento) - per l'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento. Tale premio, viene versato all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto all'Impresa di Assicurazione.

Il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio - riportati all'Art. 8 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari alle seguenti percentuali:

- per Finanziamenti con durata da 6 mesi a 120 mesi: 55% del Premio unico versato. La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90,91% del costo stesso;
- per Finanziamenti con durata da 121 mesi a 180 mesi: 50% del Premio unico versato. di cui la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 90% del costo stesso.

A titolo esemplificativo considerando un Finanziamento di durata 60 mesi, per un Premio Unico imponibile di Euro 1.000,00, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 550,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito dall'Intermediario.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia o di Decesso (garanzia prestata da Avipop Vita S.p.A.) , ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato e il Contraente l'Impresa di Assicurazione restituirà entro 30 giorni all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

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

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 9 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO" delle Condizioni di Assicurazione.

Di seguito si riporta un esempio di calcolo del rateo di premio che verrà rimborsato all'Impresa in caso di estinzione totale della Copertura (importi espressi in Euro):

Decorrenza delle coperture assicurative		01/03/2016
Scadenza delle coperture assicurative		01/03/2021
Capitale assicurato		20.000
Data Estinzione Anticipata		20/11/2017
Durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)	N	60
Mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla data di anticipata estinzione	K	20
		DANNI
TASSO PREMIO LORDO DI TASSE		3,5100%
PREMIO	PDanni	702,00
TASSE		17,12
PREMIO IMPONIBILE		684,88
Costi sul premio imponibile (55%) in valore assoluto	H	376,68
Provvigioni (90,91% dei costi sopra riportati)		342,44
Spese di gestione		34,24
Premio versato al netto dei caricamenti al netto dei costi		308,20
Importo da rimborsare		389,22
di cui Premio puro		138,10
di cui spese		251,12

6. RIVALSE

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

7. DIRITTO DI RECESSO

7.1 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

7.2 DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI

Per i Contratti di Assicurazione di durata superiore a 5 anni, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

L'Impresa 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. 6 "DIRITTO DI RECESSO" delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il premio sia stato finanziato, la Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ESEMPIO ESERCIZIO DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE:

Data decorrenza: 01/03/2016

Data scadenza coperture assicurative: 01/03/2030

Data dopo la quale si può esercitare il recesso: 01/03/2020

Data effetto del primo recesso utile (da inviarsi con preavviso di 60gg): 01/03/2021

Data cessazione copertura nel caso di cui sopra: 01/03/2021

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

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

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONI DELLE PRESTAZIONI

La gestione dei sinistri è affidata ad una Struttura Esterna, CIS Insurance Services.

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

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata presso la filiale della Banca ove è stato sottoscritto il Contratto di Assicurazione compilando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata entro 60 giorni ad Avipop Assicurazioni S.p.A. - Servizio Sinistri – mediante servizio postale all'indirizzo: Via Scarsellini, 14 20161 Milano

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

L'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri al seguente numero verde:

SERVIZIO CLIENTI

N° Verde 800 893 495

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

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 32-36-41 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Impresa di Assicurazione Avipop Assicurazioni S.p.A. – SERVIZIO RECLAMI - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano telefax 02 2775.245 indirizzo e-mail: cureclami@aviva.com.

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

IVASS

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661

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

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previa effettuazione del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98 e successive eventuali modifiche. Per

avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. La mediazione non è necessaria se, prima di farvi ricorso, le parti concordano di avvalersi della cosiddetta negoziazione assistita introdotta dalla Legge 10 novembre 2014, n. 162 e successive eventuali modifiche e, alla presenza dei rispettivi avvocati, compongono amichevolmente la controversia.

13. ARBITRATO

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

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

14. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

* * *

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

Il rappresentante legale

Alberto Vacca



Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

3. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

I testi integrali della Polizza Collettiva n° 3473 stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e Avipop Assicurazioni S.p.A. e della Polizza Collettiva n° 59.367 stipulata tra AGOS DUCATO S.p.A. e Avipop Vita S.p.A. sono depositati presso le sedi di tutte le Società anzidette.

ART. 1 - GARANZIE

Il presente Programma Assicurativo, di cui alle Polizze Collettive stipulate tra AGOS DUCATO SpA e le Imprese di Assicurazione, comprende le garanzie:

- Morte, prestata da Avipop Vita SpA;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;
- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, prestata da Avipop Assicurazioni S.p.A.;

Gli obblighi delle Imprese di Assicurazione risultano esclusivamente dalle Polizze collettive, dalle Condizioni Contrattuali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Imprese di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali; le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale italiano.

ART. 2 - PRESTAZIONI

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti prestazioni:

- Morte: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data del decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente: l'Indennizzo è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie - alla data di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.
- Inabilità Temporanea Totale: per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, successivo al Periodo di Franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Finanziamento al momento del sinistro. Dopo ciascun Sinistro di Inabilità Temporanea Totale opererà un periodo di franchigia di sessanta giorni dalla data di ripresa dell'abilità all'attività lavorativa; tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.
- Ricovero Ospedaliero: in caso di Ricovero Ospedaliero perdurante oltre il Periodo di Franchigia di 5 giorni, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Contratto di Finanziamento al momento del sinistro; un ulteriore Indennizzo, pari alla rata mensile suddetta, sarà corrisposto per ciascun periodo di trenta giorni consecutivi successivi alla scadenza del Periodo di Franchigia.

ART. 3 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- di età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni compiuti alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione al presente Programma Assicurativo e che alla data di scadenza delle Coperture Assicurative risulti di età inferiore o uguale a 75 anni;
- che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata non inferiore a 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi. L'importo massimo assicurabile è riportato all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- che non abbiano in corso altre Coperture Assicurative con le Imprese di Assicurazione abbinate a Contratti di finanziamento stipulati con Agos Ducato S.p.A.;
- che abbiano sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione ed abbiano, in funzione della somma assicurata e dell'età, secondo la tabella seguente compilato il Questionario Sanitario;

Somma assicurata per Assicurato (*)	Età all'adesione da 18 compiuti a 70 anni compiuti
Fino a € 20.000,00	Nessun accertamento sanitario
Da € 20.000,01 - Fino a € 80.000,00	Questionario Sanitario

() ai fini del calcolo della somma assicurata l'importo è da intendersi comprensivo anche del premio dovuto per le presenti Coperture Assicurative*

Anche se non espressamente prevista dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART. 4 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione possono comportare:

- la cessazione dell'assicurazione a seguito di annullamento o recesso dalle Coperture Assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione
 - la perdita totale del diritto all'indennizzo
- ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, successivamente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario, di seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi nonchè di malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che dovessero risultare già diagnosticati alla data di sottoscrizione dello stesso, tali che, se fossero state dichiarati all'atto di compilazione dello stesso non avrebbero consentito la stipula del Programma Assicurativo, le Imprese di Assicurazione, previa comunicazione da farsi all'Assicurato, per il tramite della Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui sono venute a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dello stesso, potranno annullare o recedere dalle Coperture Assicurative con effetto dalla data di inizio delle stesse e provvederanno alla restituzione integrale del premio versato all'Assicurato, al netto delle imposte.

Qualora le Imprese di Assicurazione venissero a conoscenza, in fase di accertamento per sinistro, che l'Assicurato ha reso delle dichiarazioni inesatte o reticenti all'atto della compilazione del Questionario Sanitario per le quali le Imprese di Assicurazione non avrebbero consentito la stipula del Contratto di Assicurazione, le Imprese di Assicurazione restituiranno, per il tramite della Contraente, all'Assicurato o ai suoi aventi diritto la parte di Premio relativa al periodo di

assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

Rimborso del Premio Puro: $(PVita + PDanni/1,025)^*(1-H)*[(N-K)*(N-K+1)] / [N*(N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PVita + PDanni/1,025)*H*[(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni /1,025 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Ricovero Ospedaliero – Inabilità temporanea al lavoro)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data del sinistro Morte oppure alla Data di recesso.

Le Coperture Assicurative Danni, prestate da Avipop Assicurazioni S.p.A., cesseranno con effetto dal giorno del decesso oppure, in caso di sinistro relativo alle Coperture Danni, dal giorno in cui l'Impresa di Assicurazione, tramite la Contraente ne invierà comunicazione scritta all'Assicurato, da farsi comunque entro tre mesi dal giorno in cui la stessa è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese.

Qualora fossero fornite alle Imprese di Assicurazione all'atto della adesione al Programma Assicurativo informazioni inerenti allo stato di salute, si richiama particolare attenzione degli Assicurati che devono corrispondere a verità ed esattezza. Pertanto, in questo caso, qualora intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la Data di erogazione del Contratto di Finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alle Imprese di Assicurazione prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte delle Imprese di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Se l'erogazione del Finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere la formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione/adesione, il Contraente e gli assicurati sono tenuti - quest'ultimi anche tramite il Contraente -a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensiva del domicilio in caso di trasferimento all'estero.

ART. 5 - DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a condizione che l'Assicurato abbia corrisposto il premio contrattualmente previsto dal Programma Assicurativo ed abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Il perfezionamento dell'adesione e la conseguente costituzione del rapporto assicurativo sono subordinati, secondo quanto disposto dall'art. 23 del D. Lgs. 231/2007, all'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela da compiersi attraverso il modulo predisposto a tale scopo.

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

La Contraente provvede ad inviare tempestivamente all'Assicurato una **Lettera di Benvenuto** nella quale vengono riportati:

- la data di decorrenza;
- l'importo del premio versato;

- i termini per l'esercizio del diritto di recesso con l'indicazione, nel caso in cui il premio fosse stato finanziato, di come si ridurrebbe l'importo del finanziamento e la corrispondente rata;
- il riepilogo delle caratteristiche delle Coperture Assicurative sottoscritte.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), più l'eventuale periodo di preammortamento, nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 3 mesi.

Le Coperture Assicurative cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- decesso dell'Assicurato;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).
- annullamento o recesso dalle coperture assicurative da parte delle Imprese di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

In caso di cessazione delle Coperture Assicurative Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia) a seguito di Decesso dell'Assicurato, il premio versato dall'Assicurato ad Avipop Assicurazioni S.p.A. rimarrà acquisito da quest'ultima.

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

ART. 6 - DIRITTO DI RECESSO

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

In alternativa potrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ai seguenti indirizzi:

Avipop Vita S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

Il premio pagato per le Coperture Assicurative, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

DIRITTO DI RECESSO COPERTURE DANNI

Per i Contratti di Assicurazione di durata superiore a 5 anni, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla Data di Decorrenza, l'Assicurato può recedere dalle Coperture Danni con un preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà inviando all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
Avipop Assicurazioni S.p.A. Via A. Scarsellini 14 20161 Milano.

L'Impresa 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: $(PDanni/1,025*(1-H)*[(N-K)*(N-K+1)] / [N*(N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PDanni/1,025)*H*[(N-K)/N]$

Dove

- $PDanni/1,025$ = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (escluso l'eventuale periodo di ammortamento)
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di recesso.

Qualora il premio sia stato finanziato, la Contraente utilizzerà il rimborso per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

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

ART. 7 - LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte ed Invalidità Totale Permanente: l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili, con il massimo di :
 - 12 indennizzi mensili per Sinistro nei casi di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero
 - 24 Indennizzi mensili per l'intera durata delle Coperture Assicurative per ciascuna delle garanzie

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 80.000,00 gli indennizzi (Morte ed Invalidità Totale Permanente) saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

ART. 8 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative vengono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte dell'Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Tale premio, viene versato alle Imprese di Assicurazione dalla Contraente per conto dell'Assicurato, che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del premio corrisposto all'Impresa di Assicurazione.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma del premio per la Copertura Morte e del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Morte e per le Coperture Danni viene determinato applicando il tasso – in base alla durata del Contratto di Finanziamento - all'importo totale del Finanziamento richiesto comprensivo delle commissioni previste dal Contratto di Finanziamento.

Di seguito i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA FINANZIAMENTO IN MESI	COPERTURA MORTE	COPERTURA DANNI (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Ricovero Ospedaliero) (*)
Da 6 mesi a 36 mesi	1,51%	2,60%
Da 37 mesi a 48 mesi	2,21%	2,93%
Da 49 mesi a 72 mesi	3,50%	3,51%
Da 73 mesi a 84 mesi	3,86%	4,44%
Da 85 mesi a 120 mesi	5,11%	4,49%
Da 121 a 180 mesi	7,75%	3,75%

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

ART. 9 - ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, il Programma Assicurativo viene estinto dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente.

Esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente, in alternativa al rimborso del premio, l'Assicurato può richiedere per iscritto all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

La Contraente dovrà inviare alle Imprese di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato. .

Nel caso in cui l'Assicurato non richieda di mantenere in vigore le Coperture Assicurative le Imprese di Assicurazione – entro 30 giorni - restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro: $(PVita + PDanni/1,025) \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PVita + PDanni/1,025) \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- PDanni/1,025 = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Ricovero Ospedaliero)
- 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/alla Data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed il Contraente.

Nel caso in cui l'Assicurato scelga di mantenere in vigore le Coperture Assicurative, ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dalle Imprese di Assicurazione seguendo la stessa struttura di ammortamento alla francese in base ad un tasso prestabilito in vigore al momento dell'anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

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

ART. 10 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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

Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente o in caso di designazioni in contrasto con norme di legge o regolamentari, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Al momento dell'adesione o nel corso della durata contrattuale l'Assicurato può revocare o modificare la designazione dei Beneficiari Caso Morte inviando direttamente all'Impresa di Assicurazione un fax al numero 02 2775474 o una lettera indirizzata ad Avipop Vita S.p.A. – Ufficio Portafoglio - Via A. Scarsellini 14 – 20161 Milano debitamente datati e sottoscritti con indicati i dati anagrafici del nuovo Beneficiario/Beneficiari, unitamente ad una copia del Modulo di Adesione ed ad una copia di un documento d'identità dell'Assicurato.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purchè la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita.

Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento (a favore di determinati soggetti).

ART. 11 - DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia del Sinistro con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, può essere effettuata con le modalità e la documentazione agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

La denuncia, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata tempestivamente ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Morte: Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano;
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia - Ricovero Ospedaliero): Avipop Assicurazioni S.p.A. – Servizio Sinistri Via Scarsellini 14 – 20161 Milano.

L'Assicurato e gli aventi causa potranno rivolgersi per informazioni relative ai Sinistri ai seguenti numeri verdi:

- in caso di decesso dell'Assicurato, per informazioni gli aventi diritto devono rivolgersi al Numero Verde 800 1113 085 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 18.00;
- per informazioni relative ai Sinistri Danni l'Assicurato deve rivolgersi al Numero Verde 800.893 495 attivo 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 agli Articoli "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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

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

ART. 12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alle Imprese 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.

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Le Imprese di Assicurazione rinunciano, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da esse effettuate in forza del presente contratto.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni prestate dall'Impresa di Assicurazione.

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 - 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, se richiesto, a fornire ai clienti copia del Fascicolo Informativo redatto secondo il Regolamento 35 IVASS. Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà. La Contraente terrà indenni e manlevate le Imprese di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della stessa.

ART. 17 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile è quella italiana.

ART. 18 - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inviate alle Imprese di Assicurazione da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Convenzioni dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte delle Imprese di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

ART. 19 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal contratto di assicurazione.

ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Imprese di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

ART. 21 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 22 - 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. 23 - CONTROVERSIE

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

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali.

ART. 24 - TERMINI DI DECADENZA

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

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

ART. 25 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente Programma Assicurativo prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e prima del compimento del 76° 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 dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata ai Beneficiari, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 26 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Programma Assicurativo oppure in caso di Invalidità Totale e Permanente nel corso della durata contrattuale che dia luogo al pagamento del sinistro, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione ai Beneficiari come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 26 - ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui all'Art. 25 "PRESTAZIONI ASSICURATE" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della copertura assicurativa. E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia consapevolmente a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

- 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 dei Beneficiari;
- 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;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, nonchè malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che, sottaciuti, dovessero invece risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso dovuto o correlato al soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra ed il decesso.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà ai Beneficiari, per il tramite della Contraente, la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la seguente formula:

Rimborso del Premio Puro: $(PVita) \cdot (1-H) \cdot [(N-K) \cdot (N-K+1)] / [N \cdot (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(PVita) \cdot H \cdot [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Morte
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di decesso.

ART. 27 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il sinistro deve essere denunciato tempestivamente.

Per la denuncia può essere utilizzato l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro reperibile presso l'Impresa di Assicurazione.

Il Modulo debitamente compilato e con allegata la documentazione prevista, deve essere inviato ad Avipop Vita S.p.A. - Via A. Scarsellini, 14 - 20161 Milano.

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

L'Impresa di Assicurazione esegue il pagamento della prestazione garantita entro 30 giorni dalla data di ricevimento del Modulo di Denuncia Sinistro corredato da tutta la documentazione di seguito indicata:

- **copia di un valido documento di identità** del Beneficiario/Esecutore;
- **copia del codice fiscale** del Beneficiario/Esecutore;
- **certificato di morte dell'Assicurato** rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **relazione sanitaria** rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso; **(documentazione da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01)**
- se vi è stato ricovero in ospedale, **copia integrale della cartella clinica** completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso; **(documentazione da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01)**
- in presenza di particolari esigenze istruttorie **(documentazione da fornire solo in caso di somma assicurata superiore a Euro 20.000,01)**, l'Impresa si riserva di richiedere ulteriori documenti in relazione alle circostanze in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato quali:
 - **modulo ISTAT** rilasciato dal Comune;
 - **copia lettera dimissione** relativa a ogni eventuale ricovero ospedaliero;
 - in caso di decesso conseguente a infortunio, omicidio, o suicidio, copia del **verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla **copia del referto autoptico** e delle **indagini tossicologiche**; in alternativa, **decreto di archiviazione** emesso dall'Autorità Giudiziaria competente;
- se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati. Qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti o pronipoti", specificare le generalità e la data del decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede;
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: **verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento ed atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risultino gli estremi del testamento (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta) e dove risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e nei quali siano indicati gli eredi testamentari, distinguendoli da eventuali legatari, e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri "eredi" oltre a quelli indicati. Qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti o pronipoti", specificare le generalità e la data del decesso del parente dell'Assicurato defunto in rappresentazione del quale vanta il titolo di erede;
- in presenza di minori/interdetti/incapaci, **decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione)** che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori, o privi della capacità di

agire, a riscuotere la somma dovuta. Nel decreto dovrà essere indicato il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato lo stesso. Il decreto potrà essere consegnato anche in copia autenticata;

- in presenza di procura, **procura** che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal Contratto indicandone il numero di polizza; non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successive;
- **copia integrale del piano di ammortamento originario del Contratto di Finanziamento**, in capo all'Assicurato.

Nel caso in cui la denuncia del sinistro avvenga senza la compilazione dell'apposito Modulo di Denuncia Sinistro, ciascuno dei Beneficiari designati o degli esecutori dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione, oltre alla documentazione sopra riportata, anche la seguente documentazione:

- **dichiarazione sottoscritta** da ciascun Beneficiario/Esecutore con indicati l'intestatario del conto corrente bancario e il codice IBAN;
- **recapito telefonico e/o indirizzo e-mail** di ciascun Beneficiario/Tutore;
- **indicazione se il Beneficiario persona fisica riveste la qualità di P.E.P.:** per Persona Esposta Politicamente si intende chi occupa o ha occupato importanti cariche pubbliche nonché i suoi familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al D. lgs. 231/2007 e s.m.i. e Art. 23 Reg. 5 IVASS del Luglio 2014;
- **nel caso in cui il Beneficiario faccia parte dello stesso nucleo familiare dell'Assicurato:** dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario dalla quale risulti il rapporto intercorrente tra Beneficiario e Assicurato;
- **consenso al trattamento dei dati personali** ai sensi dell'art. 23 D.LGS N. 196/2003 sottoscritto da ciascun Beneficiario;
- **nel caso in cui il Beneficiario sia una persona giuridica** dovrà inoltrare anche la seguente documentazione:
 - **Titolari Effettivi del Beneficiario:** dati anagrafici dei titolari effettivi del Beneficiario, identificabili nella persona fisica o nelle persone fisiche che in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, tale criterio viene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25% più 1 dei partecipanti al capitale sociale, o al patrimonio dell'entità giuridica;
 - **indicazione se i Titolari effettivi del Beneficiario rivestono la qualità di P.E.P.:** per Persona Esposta Politicamente si intende chi occupa o ha occupato importanti cariche pubbliche nonché i suoi familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al D. lgs. 231/2007 e s.m.i. e Art. 23 Reg. 5 IVASS del Luglio 2014.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi causa.

SEZIONE B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% della totale, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- l'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato sia riconosciuta entro 24 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
- l'Impresa di Assicurazione abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'Indennizzo di cui al successivo Art. 30 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

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" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa.

ART. 29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Infortunio:

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativo alla presente Copertura Assicurativa).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

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

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

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

Malattia:

L'Impresa di Assicurazione corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso della durata contrattuale le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di denuncia della Malattia.

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

ART. 30 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo:

- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della diagnosi della Malattia che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente da Malattia,

così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie.

Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'Infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'Invalidità Totale Permanente e la data di liquidazione del relativo Indennizzo, saranno rimborsati dall'Impresa di Assicurazione fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. 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. L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 31 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Totale Permanente causata da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, nonché malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 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, ecc.);
- effetto di sieropositività HIV, AIDS, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- aborto volontario o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o ,quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, non presentava i Requisiti Di Assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto ad Avipop 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 alla denuncia di cui al precedente Art. 11 "DENUNCIA DI SINISTRO", la seguente documentazione:

- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;

- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo , in capo all'Assicurato, al momento del sinistro (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione).;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 33 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 34 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 35 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

ART. 34 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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.

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza). Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che l'Impresa di Assicurazione è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 35 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata da:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, nonché malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- Infortuni o Malattie 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, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alle Imprese 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:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;

- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione).;
- 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, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante 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 all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

ART. 37 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale causata dalla stessa Malattia del Sinistro precedente se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili.

SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO

ART. 38 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 39 "INDENNIZZO" qualora:

- il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 5 "DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 40 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.11 "DENUNCIA DI SINISTRO".

ART. 39 - INDENNIZZO

L'Indennizzo che l'Impresa di Assicurazione è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00 come previsto all'Art. 7 "LIMITI DI INDENNIZZO".

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.

I sinistri verificatisi nei primi 30 giorni successivi alla Data di Decorrenza della Copertura non saranno indennizzati (Periodo di Carenza).

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato se sia trascorso il Periodo di Franchigia pari a 5 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che l'Impresa di Assicurazione è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

La prestazione assicurata verrà liquidata dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato come previsto dall'Art. 10 "BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI" che precede.

ART. 40 - ESCLUSIONI

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è inoltre operante nei seguenti casi:

- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Sanitario: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione del Questionario Sanitario, nonché malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Sanitario che dovessero risultare già diagnosticati al momento della sottoscrizione dello stesso;
- limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con visita medica: seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- 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;
- infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorso tale termine la garanzia viene comunque presentata previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e l'infortunio;
- 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;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 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, avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 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 assestamenti energetici dell'atomo;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART. 41 - 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 Avipop 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 e deve essere corredata da:

- copia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione della Banca presso cui è stato acceso il finanziamento attestante l'importo della rata del Contratto di Finanziamento (documentazione da fornire da parte della Contraente all'Impresa di Assicurazione).;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, l'Impresa di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante 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 all'Impresa di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia dell'Impresa di Assicurazione stessa.

ART. 42 - DENUNCE SUCCESSIVE

Resta inteso che gli obblighi assunti dall'Impresa di Assicurazione in relazione ad una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

4. GLOSSARIO

CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE A PRESTITI PERSONALI

- **Assicurato:** il soggetto persona fisica di età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 anni compiuti che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito facoltativamente al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione e pagando il premio.
- **Banca:** Filiale della Banca del **Gruppo Banco Popolare**, incaricata da Agos Ducato S.p.A., alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **Beneficiario:** Il soggetto al quale spetta la prestazione assicurata. Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Danni è l'Assicurato stesso.
Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coobbligato al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato non è previsto, Beneficiario è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato.
- **Carenza:** periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, le Imprese di Assicurazione non corrispondono la prestazione assicurata.
- **Contraente:** AGOS DUCATO S.p.A. – 20100 Milano, Via Bernina 7, Società che stipula i contratti collettivi di assicurazione con le Imprese di Assicurazione, per conto degli Assicurati.
- **Contratto di Assicurazione:** Contratto con il quale le Imprese 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. Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero), sottoscrivibili congiuntamente, attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.
- **Contratto di Finanziamento:** il Contratto di Finanziamento - al quale si riferisce il Programma Assicurativo oggetto della presente polizza - con il quale la Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato alla Contraente secondo un piano di ammortamento alla francese prestabilito al momento di erogazione del Finanziamento e di durata compresa tra 6 e 183 mesi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento). L'eventuale periodo di preammortamento previsto dal Contratto di Finanziamento non può essere superiore a 3 mesi.
- **Copertura Assicurativa:** le garanzie assicurative concesse dalle Imprese di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale le Imprese di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.
- **Coobbligato:** coobbligato è colui il quale condivide, con l'obbligato principale, la responsabilità del pagamento delle rate di un Finanziamento. Generalmente è una persona che 'firma' il Contratto di Finanziamento insieme con chi lo richiede e fornisce le proprie garanzie a supporto del primo.
- **Convenzione Assicurativa:** Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. Le Convenzioni sono state sottoscritte tra le Imprese di Assicurazione e la Contraente delle Convenzioni.
- **Decorrenza:** le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Programma Assicurativo a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Finanziamento.
- **Decesso** Il decesso è la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche esclusioni di polizza.

- **Debito residuo:** quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Contratto di Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento alla francese, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.
- **Durata delle Coperture Assicurative:** 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 le Coperture Assicurative.
- **Impresa di Assicurazione:**
 - Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero): Avipop Assicurazioni S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano – Impresa autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2388 del 9 novembre 2005 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 01979370036.
 - Per la copertura morte: Avipop Vita S.p.A. - Impresa di Assicurazione del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14 , 20161 Milano - Impresa autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa con Provvedimento IVASS N. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA n. 05913510961.
- **Inabilità Temporanea Totale (ITT) da Infortunio o Malattia:**
 - **non Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della generica capacità dell'Assicurato di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo a seguito di infortunio o malattia;
 - **per Lavoratori:** perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza, 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 Permanente da Infortunio o Malattia (IPT):** 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" (Tabella INAIL) e successive modifiche o integrazioni intervenute fino alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione relativa alla presente Copertura Assicurativa. 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.
- **Intermediario**
 - Agos Ducato S.p.A., Contraente della Convenzione;
 - Filiale della Banca del **Gruppo Banco Popolare**. incaricata da Agos Ducato S.p.A. alla distribuzione della presente Polizza Collettiva, ai clienti che hanno richiesto un Contratto di Finanziamento alla Contraente;
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, e subentrata ad ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135. L'IVASS svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;
- **Lettera di Benvenuto:** Lettera inviata dalla Contraente all'Assicurato successivamente alla Decorrenza della Copertura Assicurativa.

- **Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
- **Margine di Solvibilità:** rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di Assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa nei confronti degli Assicurati.
- **Modulo di Adesione:** Il Modulo sottoscritto dall'Assicurato, mediante la quale avviene l'adesione alle presenti Coperture Assicurative.
- **Normale Attività Lavorativa**
- Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro.
- **Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale oppure per Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
- **Periodo di Riqualificazione:** un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Inabilità Temporanea Totale.
- **Polizze:** le Polizze Collettive n. 3473 e n. 59.367, stipulate da AGOS DUCATO S.p.A., rispettivamente con Avipop Assicurazioni S.p.A. e Avipop Vita S.p.A., disciplinate dalle seguenti Condizioni Generali, cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
- **Premio:** le somme dovute alle Imprese di Assicurazione, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio è unico, viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata del finanziamento.
- **Premio puro:** Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con il Contratto di Assicurazione, pari al premio pagato al netto dei costi di gestione e di acquisizione;
- **Programma Assicurativo:** l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Imprese di Assicurazione.
- **Rata Mensile** È la Rata Mensile del Contratto di Finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento alla francese rilasciato all'Assicurato. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero saranno determinati in ogni caso su base mensile.
- **Ricovero Ospedaliero** : la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Data ultimo aggiornamento: 31 maggio 2016

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

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

3. CONFERIMENTO DEI DATI

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

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, nonché attività e servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; banche dati esterne; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso i suddetti soggetti.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, precisiamo inoltre che quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute, nonché dipendenti e/o collaboratori di altre società appartenenti al Gruppo Aviva.

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati per le medesime finalità ad altre società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Avipop Vita S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI) o Avipop Assicurazioni S.p.A.: - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà

esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

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

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

Preso visione e ricevuta copia della documentazione informativa ex art. 49 Reg. IVASS n° 5/2006 (Allegati 7A e 7B), ivi compresa la nota sintetica, ove prevista

**CPI 4YOU - CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINABILE AI PRESTITI PERSONALI – TARIFFA CPAF
COPERTURE ASSICURATIVE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA**

POLIZZE COLLETTIVE n° 3473 Avipop Assicurazioni S.p.A. – n° 59367 Avipop Vita S.p.A.

Finanziamento n°

Il presente Contratto di Assicurazione è facoltativo e non è necessario per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte

MODULO DI ADESIONE

ASSICURATO

Cognome e nome: Codice Fiscale:

Comune di nascita: Data di nascita: Sesso:

Indirizzo: C.a.p. – Città – Provincia:

Identificato con il seguente documento: Numero:

Rilasciato da: Luogo: il:

Professione: Attività economica: Gruppo/Ramo Sottogruppo

Email numero telefonico

L'importo del premio è pari a €

I costi totali a carico dell'assicurato sono pari a € ; i costi per intermediazione sono pari a €

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver:

- preso consegna e preventiva conoscenza del Fascicolo Informativo comprensivo della Nota Informativa, delle Condizioni di Assicurazione e del Glossario e delle Informazioni sul Trattamento dei Dati Personali, nonché del presente Modulo di Adesione che definiscono il Contratto di Assicurazione;
- letto, compreso ed accettato le Condizioni di Assicurazione.

DATA FIRMA DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato:

- **prende atto** che Agos Ducato ha richiesto, per conto dei propri Clienti:
 - ad AVIPOP Vita S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause,
 - ad Avipop Assicurazioni S.p.A. le coperture assicurative:
 - invalidità totale permanente da infortunio o malattia,
 - inabilità temporanea totale da infortunio o malattia,
 - ricovero ospedaliero da infortunio e malattia,in relazione ai Contratti di Finanziamento;
- **dichiara** di aderire alla Polizza Collettiva indicata che prevede il versamento di un premio unico anticipato calcolato secondo le modalità riportate nel Fascicolo Informativo. Il premio assicurativo viene finanziato da Agos Ducato, versato per conto dell'Assicurato da Agos Ducato a favore delle Imprese e rimborsato dall'Assicurato nei termini e con le modalità riportate nel Contratto di Finanziamento;
- **conferma** che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- **dichiara di essere a conoscenza** che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione del finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del premio assicurativo e decorre dal giorno di erogazione del finanziamento e termina alla data di scadenza originaria del finanziamento o al compimento del 76esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa, per somme assicurate superiori ai 20.000,00 Euro, è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del QUESTIONARIO SANITARIO;
- **dichiara di essere** consapevole che, qualora la somma assicurata sia superiore a 20.000,00 Euro ed abbia pertanto sottoscritto il Questionario Sanitario, la percentuale di invalidità riconosciuta in sede di valutazione del sinistro sarà determinata detraendo i punti di invalidità imputabili ad eventi antecedenti la sottoscrizione della polizza, come meglio riportato all'Art.29 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' delle Condizioni di Assicurazione;
- **dichiara** di essere a conoscenza dei requisiti di assicurabilità riportati all'Art. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ;
- **dichiara** di essere a conoscenza che Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero è l'Assicurato stesso;
- **dichiara** di designare quale Beneficiario per la Copertura Caso Morte il Coobbligato (Garante) al momento del sinistro, se previsto all'interno del Contratto di Finanziamento al quale si riferisce il Programma Assicurativo. Se il Coobbligato (Garante) non è previsto, Beneficiario per la Copertura Caso Morte è il Coniuge non separato legalmente al momento del sinistro, se presente. In assenza al momento del sinistro di Coobbligato o di Coniuge non separato legalmente, Beneficiari per la Copertura Caso Morte sono gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi dell'Assicurato salvo diversa indicazione comunicata ai sensi dell'Art. 10 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI;

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002



Avipop Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011



- **prende atto** di poter recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso. Il premio pagato, al netto delle eventuali imposte, sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, al netto delle eventuali imposte, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalle Imprese di Assicurazione, per il tramite della Contraente entro 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARAZIONI SPECIFICHE:

Il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare specificamente, ex artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ., le seguenti clausole riportate nelle Condizioni di Assicurazione:

Art. 3: "Requisiti di Assicurabilità"; Art. 4: "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio"; Art. 5: "Decorrenza e durata del programma assicurativo"; Art. 6: "Diritto di recesso"; Art. 7: "Limiti di indennizzo"; Art. 10: "Beneficiari delle Prestazioni"; Art. 19: "Cessione dei diritti"; Art. 23: "Controversie"; Art. 25: "Prestazioni Assicurate"; Art. 26-31-35-40-45: "Esclusioni"; Art. 11: "Denuncia di sinistro"; Art. 30-34-39-44: "Indennizzo".

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARO CHE

- sono consapevole che l'adesione alla Polizza è facoltativa;
- il prodotto corrisponde alle mie esigenze di protezione assicurativa personale e dei soggetti designati come Beneficiari.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

ADEGUATA VERIFICA

Si rammenta all'assicurato l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'Intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.

il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara:

- **il beneficiario fa parte del proprio nucleo familiare o è convivente o ha rapporti d'affari con il sottoscritto;**
- **di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, confermando di essere il titolare effettivo dell'operazione.**

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

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

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

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Presa visione delle Informativa rese ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n.196 (Codice in materia dei dati personali) dalle Imprese di Assicurazione Avipop e da Agos Ducato S.p.A. in qualità di autonomi Titolari del trattamento, rispettivamente allegate alle Condizioni di Assicurazione, e al Contratto di Finanziamento, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, necessari alle Imprese di Assicurazione e ad Agos Ducato S.p.A. per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs n.196 del 2003, con la firma alla presente, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi compresi quelli sensibili per le finalità e con le modalità illustrate nelle Informativa ricevute.

DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS N° 231 DEL 2 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. E AL REGOLAMENTO IVASS 5 DEL 21.07.14 TITOLARE EFFETTIVO

Art 2 comma 1 lett. y Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Titolare effettivo)

"1)La persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo; 2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'Allegato tecnico del decreto ed a quello del presente Regolamento;"

Art 28 Regolamento IVASS n° 5 del 21.07.14 (Contratto per conto altrui)

"Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo."

QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente Questionario può essere sottoscritto solo per importi da Euro 20.000,01 a Euro 80.000,00 e Assicurati che al momento dell'adesione non hanno ancora compiuto i 70 anni di età ed è da ritenersi valido a condizione che la copertura abbia decorrenza entro 180 gg. dalla sottoscrizione dello stesso.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "No" a tutte le domande incluse nel Questionario Sanitario. L'Impresa di Assicurazione pertanto, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Sanitario.

1. Negli ultimi 10 anni le è mai stata diagnosticata o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per una malattia acuta o cronica tra quelle indicate sotto?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie del cervello: Ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma dei vasi arteriosi cerebrali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie del sistema nervoso: Sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, malattie demielinizzanti, distrofie muscolari, paresi, plegia, spina bifida, morbo di Parkinson, epilessia (resistente alla terapia con almeno 2 farmaci antiepilettici), morbo di Alzheimer <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie cardiovascolari: Ischemia miocardica (insufficienza delle coronarie), infarto miocardico, difetti delle valvole cardiache, ipertensione non controllata dalla terapia o in terapia con 3 o più farmaci antipertensivi, aneurismi dei vasi arteriosi. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie oncologiche: Tumori maligni, leucemia, linfomi. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie metaboliche: Diabete mellito di tipo 1 o 2 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie immunologiche: HIV, AIDS <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie dell'apparato respiratorio: Bronchite cronica ostruttiva (BPCO) in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; enfisema polmonare, asma in trattamento continuativo combinato con 2 o più farmaci; insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie gastroenterologiche: Cirrosi epatica, colite ulcerosa o morbo di Crohn <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie dell'apparato urinario: Nefriti, insufficienza renale cronica in dialisi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Trapianti: Trapianto d'organo (tranne trapianto di cornea) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No • Malattie reumatiche autoimmuni: Lupus eritematoso sistemico, connettiviti, vasculiti, artrite reumatoide (malattia infiammatoria cronica, da non confondere con l'artrosi) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No 	
2. Le è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione o dall'INPS una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% oppure riceve una pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Negli ultimi 5 anni, è mai stato ricoverato/a o è stato in cura per dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

Il sottoscritto conferma che il presente questionario è stato compilato sulla base di dichiarazioni spontanee dal medesimo rilasciate in sede di intervista e che le risposte corrispondono a quanto dallo stesso dichiarato.

DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Avipop Assicurazioni S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.avipop.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_assicurazioni_spa@legalmail.it



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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 63.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1797850 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 01979370036 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09/11/2005 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17/11/2005) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00002

Avipop Vita S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: avipop_vita_spa@legalmail.it

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



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 47.500.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1857855 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 05913510961 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2709 del 12/06/2009 Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00171 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00011