

assicurata

prestito

Contratto di Assicurazione Protezione del Credito

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- Nota informativa (coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave, Perdita d'Incapacità);
- Nota informativa (copertura Caso Morte);
- Condizioni di assicurazione;
- Glossario;
- Informativa sulla Privacy;
- Modulo di Adesione;

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI PRESTITI

Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Malattia Grave – Perdita d’Impiego – Polizza Collettiva nr. 7120019.

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

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

A. INFORMAZIONI SULL’IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A, è Società del Gruppo AVIVA, sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi n. 94 – 20131 Milano .

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

Indirizzo di posta elettronica:

– per informazioni di carattere generale: assunzione_infortunimalattia@avivaitalia.it

– per informazioni relative a sinistri: liquidazione_sinistri@avivaitalia.it

Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato n. 19293 del 05/03/1992

(Gazzetta Ufficiale nr. 71 del 25/03/1992). Iscrizione all’Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102. Iscrizione all’albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa di Assicurazione

In base all’ultimo bilancio approvato, l’ammontare del patrimonio netto di AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. è pari a Euro 7.887.311,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 5.000.009,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 2.887.302,00.

L’indice di solvibilità dell’Impresa di Assicurazione riferito alla gestione danni è pari a 172,51%. 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. 6 “DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA” 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), nel limite massimo di 10 anni.

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

La Durata del Contratto di Finanziamento è comunicata all’Impresa 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

Più precisamente la polizza collettiva presuppone:

- un' unico Contraente (Carilo S.p.A) un'unica Polizza Collettiva e tante coperture assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo del totale del Finanziamento richiesto.

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

- a) prestazione in caso di Invalidità Permanente da infortunio o malattia (valida per tutti gli assicurati);
- b) Prestazione in caso di Inabilità Temporanea o Totale a lavoro da infortunio o malattia (valida solo per i lavoratori autonomi);
- c) Prestazione in caso di Malattia Grave (valida solo per i non lavoratori);
- d) Prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida solo per i lavoratori dipendenti del settore privato).

A) PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

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

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

La presente garanzia viene prestata:

- solo in caso di Invalidità Totale e Permanente pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica;
- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 28 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- per Assicurati di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data di erogazione del Finanziamento e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore ai 75 anni.

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

<u>CAPITALE FINANZIATO</u> 31.000 EURO	CAPITALE RESIDUO AL MOMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA O DA INFORTUNIO 25.000 EURO	FRANCHIGIA DI POLIZZA NESSUN INDENNIZZO PER POSTUMI ACCERTATI INFERIORI AL 66%
Postumi da invalidità permanente valutati 66%	Liquidazione di 25.000 Euro	Invalidità accertata 100% per raggiungimento franchigia
Postumi da invalidità permanente valutati 50%	Nessuna liquidazione	Invalidità non coperta

Alla data di riconoscimento dello stato di Inabilità Totale e Permanente l'Impresa liquida alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - la prestazione assicurata e la Copertura Assicurativa si estingue.

B) PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile, alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato – 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 per tutta la durata contrattuale.**

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 30 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali 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 i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data di erogazione del Finanziamento e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore ai 75 anni.

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

RATA MENSILE DA RIMBORSARE = 2.500 EURO	RATA MASSIMA MENSILE DA LIQUIDARE = 2.000 EURO	FRANCHIGIA ASSOLUTA = 30 GIORNI
Inabilità temporanea totale al lavoro	Liquidazione della rata mensile successiva di 2.000 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di Inabilità	Superato il periodo di franchigia, si paga la rata che scade durante il periodo di Inabilità. Ad esempio: Durata Inabilità temporanea = 60 giorni : Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia; Scadenza rata successiva in copertura
Data di inizio copertura = 1 Settembre Data della Inabilità = 15 Settembre	Durata della Inabilità = 30 giorni	Nessun indennizzo in quanto avvenuto nei primi 30 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa (periodo di carenza). In questo caso la durata dell'Inabilità è ininfluente.

C) PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE

In caso di insorgenza, durante il periodo contrattuale, di una delle malattie più specificatamente indicate nelle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa di Assicurazione liquida alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - la prestazione assicurata pari al Debito residuo del finan-

ziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

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 presente garanzia viene prestata:

- **senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 34 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data di erogazione del Finanziamento e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore ai 75 anni.**

La Copertura Assicurativa per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni ; qualora la Malattia Grave avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza l'indennità non verrà corrisposta

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

CAPITALE FINANZIATO 30.000,00 EURO	CAPITALE RESIDUO ALLA DATA DI INSORGENZA DELLA MALATTIA GRAVE	INDENNIZZO
Ictus (secondo le definizioni di cui all'art.33)	15.000,00 Euro	15.000,00 Euro
Malattia da intossicazione di alcoolici	15.000,00 Euro	Nessun Indennizzo (Non assicurata perché non rientrante nei casi previsti)
Malattia grave insorta nei primi 30 giorni dalla data di decor- renza	15.000,00 Euro	Nessun indennizzo. (Non indennizzabile in quanto la malattia grave si verifica nel periodo iniziale di 30 giorni di carenza)

D) PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

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

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

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

- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni;
- ad un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

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

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

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 36 "PRESTAZIONI ASSICURATE" delle Condizioni di Assicurazione.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le limitazioni previste all'Art. 37 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della prestazione;
- fino alla data di pensionamento dell'Assicurato.

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

DIPENDENTE PRIVATO	RATA MENSILE DOVUTA = 300 EURO	FRANCHIGIA/ LIMITI MASSIMI DI INDENNIZZO
Perdita d'impiego per chiusura azienda	Liquidazione della rata mensile successiva di 300 Euro solamente se la suddetta rata scade nel periodo di disoccupazione	Superato il periodo di franchigia di 30 gg. si paga la rata che scade durante il periodo di disoccupazione Ad esempio: Durata disoccupazione = 60 giorni Scadenza rata = 28 di ogni mese Data sinistro = 1 luglio; Scadenza rata 28 Luglio in franchigia ; scadenza rata successiva in copertura
Perdita d'impiego per dimissioni del dipendente		Nessun indennizzo
Perdita d'impiego durante il periodo di carenza iniziale	Carenza = 30 giorni	Nessun indennizzo

Cambiamento di attività lavorativa da Dipendente privato a lavoratore autonomo.	Rata mensile di 2.500 Euro	Nessun indennizzo di perdita d'impiego
---	----------------------------	--

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

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

5. Premi

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento all'Impresa di Assicurazione di un Premio unico, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione. Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale richiesto e in base alla durata dello stesso.

Il premio viene versato dall'Assicurato, al momento dell'erogazione del Finanziamento - a condizione che il Modulo di Adesione sia stato sottoscritto dall'Assicurato - mediante trattenuta sul conto corrente dell'Assicurato stesso che, a tal fine, ha conferito alla Contraente della Polizza apposito mandato all'incasso.

L'importo del premio è comprensivo del premio per la Copertura Caso Morte. Tale copertura è prestata da Aviva Life S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva Assicurazioni S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente della Polizza Collettiva Vita e corrisponde il relativo premio - e Aviva Life S.p.A..

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. 10 "PAGAMENTO DEL PREMIO" : è pari all'87,50% del Premio unico versato al netto delle imposte.

La quota parte percepita dall'intermediario è pari a 77,14% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio Unico di Euro 1.000,00, al lordo delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a Euro 853,13 di cui Euro 658,10 rappresentano l'importo percepito dagli Intermediari.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente o in caso di Malattia Grave, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

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

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa.

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

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 esse effettuate in forza delle Coperture Assicurative del presente Contratto di Assicurazione descritte nella presente Nota Informativa come riportato all'Art. 13 "RINUNCIA ALLA RIVALSA" delle Condizioni di Assicurazione.

7. Diritto di recesso

7.1 Diritto di recesso dal contratto di assicurazione

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso al seguente indirizzo: AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

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

7.2 diritto di recesso nel corso della durata contrattuale

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

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

AVIVA Assicurazioni S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, calcolata come riportato all'Art.8 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

9. Legge applicabile al contratto di assicurazione

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

10. Regime fiscale

10.1 Detrazione fiscale dei premi

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

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

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

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

10.2 Tassazione delle somme assicurate

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

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – liquidazioni delle prestazioni

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

La denuncia dei Sinistri con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, deve essere effettuata per iscritto tramite lettera raccomandata da inviare a:

CNP – UFFICIO LIQUIDAZIONI SINISTRI – VIA DANTE, 14 – 20121 MILANO, Impresa alla quale l'Impresa di Assicurazione ha conferito mandato a gestire i sinistri.

In alternativa la denuncia del sinistro potrà essere presentata alla Filiale di Carilo che ha erogato il prestito.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi.

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

**SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800.222.662**

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa specificata agli Articoli 29, 32, 35, 38 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" riguardanti ogni garanzia.

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

12. Reclami

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

AVIVA ASSICURAZIONI SpA - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano telefax 02 2775.245 cureclami@avivaitalia.it.

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

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

13. Arbitrato

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, le Parti, per le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto delle Coperture Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave 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.

* * *

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

**Il Rappresentante Legale
ANDREA BATTISTA**



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

1. NOTA INFORMATIVA

CREDIT PROTECTION A PREMIO UNICO ABBINATA AI PRESTITI

Copertura Caso Morte: Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico ed a Capitale Decrescente – Polizza Collettiva nr. 600013

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

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

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

Indirizzo di posta elettronica:

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

AVIVA LIFE S.p.A, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 19305 del 31/03/1992. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n.1.00081. Iscrizione all'Albo dei gruppi assicurativi n. 038.00008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa di Assicurazione

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di AVIVA LIFE S.p.A. è pari a Euro 44.910.546,00, di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 25.480.080,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 17.420.515,00.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione riferito alla gestione vita è pari a 171,00%.

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 copertura è prestata da Aviva Life S.p.A. a seguito di una convenzione stipulata tra Aviva Assicurazioni S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente della Polizza Collettiva e versa il relativo premio tratto da quello corrispostole dall'Assicurato – e Aviva Life S.p.A., a favore di tutti i Clienti di Carilo che hanno sottoscritto un Finanziamento ed aderito alla Polizza Collettiva - che pertanto assumono la figura di Assicurati.

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

La durata della Copertura Assicurativa è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 10 anni (120 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 le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente (Aviva Assicurazioni S.p.A.), e tante coperture assicurative (Contratto di Assicurazione) per quanti sono i clienti del Gruppo Banca delle Marche intestatari di Finanziamenti che abbiano deciso di aderire;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo del totale del Finanziamento richiesto.

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

a) Prestazione in caso di decesso.

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 immediatamente ai Beneficiari la prestazione assicurativa pari al Debito residuo rimasto da ammortizzare all'epoca del Decesso dell'Assicurato.

La prestazione assicurativa - pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Decesso, al netto di eventuali rate insolute – verrà corrisposta previa comunicazione documentata della Contraente. In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati. In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale ed il finanziamento erogato.

La presente garanzia viene prestata:

- b) senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le limitazioni previste all'Art. 25 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione;**
- c) per Assicurati di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data di erogazione del Finanziamento e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risultino di età superiore ai 75 anni.**

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla Dichiarazione sullo Stato di Salute dell'Assicurato.

4. Premio unico

Il Premio relativo alla Copertura Caso Morte è versato da Aviva Assicurazioni S.p.A. ed è incluso nel premio corrisposto dall'Assicurato.

Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto in base alla durata dello stesso.

Esso può essere determinato anche tenendo conto delle valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dall'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. 10 "PAGAMENTO DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione - è pari al 87,5% del Premio unico versato.

A titolo esemplificativo 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 875,00.

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non dovuta a liquidazione della prestazione in caso di decesso, ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato, la parte di premio corrispondente al periodo residuo non goduto rispetto alla data di scadenza originaria.

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

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa

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

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 *Costi gravanti sul premio*

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

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

COSTO %	87,50%
----------------	---------------

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.

6. Sconti

Non sono previsti sconti.

7. Regime fiscale

7.1 Detrazione fiscale dei premi

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

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

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

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

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

8.2 Efficacia della copertura assicurativa

La Copertura Assicurativa e di conseguenza la sua accettazione da parte dell'Impresa di Assicurazione è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della "DICHIAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", presente nel Modulo di Adesione.

Per maggiori dettagli relativi all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" 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 alle Polizze Collettive - sulla cui persona è stipulata la Copertura.

È assicurabile ciascuna persona fisica, che:

- sottoscriva un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata massima pari a 10 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati al punto 3 "PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE" che precede;
- abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di erogazione del Finanziamento e che alla data di scadenza originaria del Finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni.

9. Risoluzione del contratto di assicurazione

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

- decesso dell'Assicurato;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;
- esercizio del diritto di recesso;
- anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione del Contratto di Assicurazione si rimanda alla lettura dell'Art. 6 "DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL 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

11.1 Diritto di recesso dal contratto di assicurazione

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza consegnando comunicazione scritta presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. In alternativa potrà inviare all'Impresa di Assicurazione comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:

*AVIVA LIFE S.p.A. SpA - per il tramite di Aviva Assicurazioni S.p.A. -
Viale Abruzzi, 94
20131 Milano.*

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

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

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

11.2 Diritto di recesso nel corso della durata contrattuale

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, calcolata come riportato all'Art. 8 "DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE" delle Condizioni di Assicurazione.

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 per iscritto tramite lettera raccomandata da inviare a:

CNP – UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRI – VIA DANTE, 14 – 20121 MILANO

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800.222.662

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi.

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. 26 "DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" delle Condizioni di Assicurazione.

12.2 Prescrizione

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

13. Legge applicabile al contratto di assicurazione

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

14. Lingua in cui è redatto il contratto di assicurazione

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

Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione, in tal caso spetta all'Impresa proporre quella da utilizzare.

15. Reclami

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

AVIVA LIFE S.p.A. – per il tramite di AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. -

Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano

telefax 02 2775 245

reclami_vita@avivaitalia.it.

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

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale 21- 00187 Roma

telefono 06.42.133.1,

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

16. Informativa in corso di contratto di assicurazione

L'Impresa di Assicurazione comunica per iscritto 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.

17. Comunicazioni dell'assicurato all'Impresa di assicurazione

Le comunicazioni dell'Assicurato devono essere fatte per iscritto ad AVIVA LIFE S.p.A. – per il tramite di AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. – Viale Abruzzi 94 – 20131 Milano.

18. Conflitto di interessi

AVIVA LIFE S.p.A., Impresa che commercializza il presente Contratto è controllata al 100 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A..

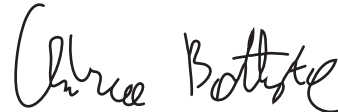
Il prodotto viene distribuito da Carilo S.p.A. facente parte del Gruppo Banca Marche.

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

* * *

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

***Il Rappresentante Legale
ANDREA BATTISTA***



2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il testo integrale della Polizza Collettiva n° 7120019 stipulata tra Carilo e Aviva Assicurazioni S.p.A. è depositato presso la sede della Contraente (Carilo) e presso la Sede di Aviva Assicurazioni S.p.A. (Impresa di Assicurazione).

Il testo integrale della Polizza Collettiva n. 600013, stipulata tra AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. e AVIVA LIFE S.p.A. per la Copertura Temporanea in caso di morte, è depositata presso la sede della Contraente (AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.) e presso la Sede di AVIVA LIFE S.p.A. (Impresa di Assicurazione).

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto di Assicurazione, comprende le garanzie:

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

Le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Perdita d'Impiego sono prestate da Aviva Assicurazioni S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva Assicurazioni S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente delle Polizze Collettive e corrisponde il relativo premio - e Aviva Life S.p.A. a favore di tutti i Clienti delle filiali di Carilo che hanno sottoscritto un Finanziamento ed aderito alle Polizze Collettive.

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali. In ogni caso le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico italiano, la garanzia Perdita d'Impiego è valida senza limiti territoriali purchè il contratto di lavoro sia regolamentato dalla legge italiana.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

È assicurabile ciascuna persona fisica che abbia:

- sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata massima di 10 anni. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO" che segue;
- la residenza in Italia;
- un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti alla data di stipula del finanziamento e che alla data di scadenza originaria del finanziamento non risulti di età superiore a 75 anni;
- sottoscritto l'apposito Modulo di Adesione;
- sottoscritto la Dichiarazione di Buono stato di salute.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari all'importo totale del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute.

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte - Invalidità Totale Permanente - Malattia Grave: Euro 31.000,00 per Sinistro; limite assoluto per Assicurato anche in caso di intestazione di più Finanziamenti assicurati.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

In caso di finanziamenti erogati per un importo superiore al massimale di Euro 31.000,00 gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto fra tale massimale e l'importo totale del Finanziamento alla Data di decorrenza della copertura assicurativa.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

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

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

ART. 6 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato, la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione.

La decorrenza della Copertura Assicurativa e la durata del Contratto di Finanziamento sono comunicate all'Impresa di Assicurazione dalla Contraente.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi.

La durata delle Coperture Assicurative è espressa in mesi interi e coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite massimo di 10 anni.

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

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

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

- decesso dell'Assicurato;
- Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- Malattia Grave 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 (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);

- surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- accollo, ai sensi dell'art.1273 C.C.

ART. 7 DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dello stesso recandosi presso la filiale della Contraente ove è stato acceso il finanziamento e compilando l'apposito Modulo di recesso. In alternativa dovrà inviare apposita comunicazione a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno e fotocopia del Modulo di recesso all'Impresa di Assicurazione Aviva Assicurazioni S.p.A. L'eventuale premio lordo pagato verrà rimborsato all'Assicurato, per il tramite della Contraente, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Il premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il debito residuo dell'Assicurato.

ART. 8 DIRITTO DI RECESSO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

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

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

AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. Viale Abruzzi, 94 20131 Milano.

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro: $(P_{Vita} + P_{danni} * 0,975) * (1-H) * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(P_{Vita} + P_{danni} * 0,975) * H * [(N-K)/N]$

Dove

- P_{Vita} = Premio versato per la Copertura Caso Morte
- $P_{Danni} * 0,975$ = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Malattia Grave - Perdita d'Impiego)
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di recesso.

L'importo rimborsato all'Assicurato è comprensivo della parte di premio della Copertura Morte relativo al periodo di assicurazione non goduto, che viene rimborsato da Aviva Assicurazioni S.p.A. (Impresa di Assicurazione) ad Aviva Life S.p.A. (Contraente della Convenzione per la Copertura Caso Morte).

ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario della prestazione caso Morte è la Contraente che accetta previa designazione irrevocabile da parte dell'Assicurato nel Modulo di Adesione.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Perdita d'Impiego è l'Assicurato stesso che nel Modulo di Adesione, conferisce mandato irrevocabile alla Contraente ad incassare ogni prestazione dovuta dall'Impresa di Assicurazione per tali coperture. Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che l'Impresa di Assicurazione sarà liberata dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo alla Contraente e da quest'ultimo computato a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Gli importi versati dalle Imprese di Assicurazione alla Contraente verranno da quest'ultima computati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a far sì che l'eccedenza sia messa a disposizione:

1. in caso di decesso dell'Assicurato, dei suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposito Modulo da presentare all'Impresa di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
2. in caso di Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Malattia grave – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, dell'Assicurato stesso.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o rinegoziazione dello stesso la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata all'originario piano di ammortamento del Finanziamento. In caso di Sinistro verrà liquidato dall'Impresa di Assicurazione la prestazione calcolata alla data del Sinistro come sopra riportato.

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

- in caso di decesso dell'Assicurato, la somma sarà liquidata ai suoi eredi legittimi e testamentari salvo diversa designazione effettuata dall'Assicurato tramite apposito Modulo da presentare all'Impresa di Assicurazione oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile;
- in caso di Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea – Malattia grave – Perdita d'Impiego dell'Assicurato, la somma sarà liquidata all'Assicurato stesso.

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalle Imprese di Assicurazione dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico ed anticipato.

Il premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del finanziamento e in base alla durata dello stesso.

Tale premio viene versato dall'Assicurato, al momento dell'erogazione del finanziamento e della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze collettive abbinate al Contratto di Finanziamento in forza di autorizzazione a trattenere la somma conferita dall'Assicurato al Contraente.

Nel Modulo di Adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere per l'Assicurato.

L'importo totale del premio unico è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Morte e della componente del premio per le Coperture Danni. Per le Coperture Morte e Danni, il tasso viene applicato all'importo totale del finanziamento moltiplicato per la durata del finanziamento (in numero di mesi interi). Di seguito vengono riportati i tassi di premio suddivisi per garanzia:

DURATA DEL FINANZIAMENTO	COPERTURE DANNI (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE – INABILITÀ TEMPORANEA – MALATTIA GRAVE – PERDITA D'IMPIEGO)	COPERTURA MORTE	TASSO DI PREMIO TOTALE
12 mesi	0,43%	0,37%	0,80%
13 a 24 mesi	0,58%	0,64%	1,22%
25 a 36 mesi	0,74%	0,86%	1,60%
37 a 48 mesi	0,79%	1,03%	1,82%
49 a 60 mesi	0,90%	1,42%	2,32%
61 a 72 mesi	1,278%	1,473%	2,751%
73 a 84 mesi	1,359%	1,821%	3,18%
85 a 96 mesi	1,659%	2,282%	3,941%
97 a 108 mesi	1,796%	2,541%	4,337%
109 a 120 mesi	1,911%	2,783%	4,694%

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

La Copertura Caso Morte è prestata da Aviva Life S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata tra Aviva Assicurazioni S.p.A. – che pertanto assume la figura di Contraente della Polizza Collettiva Vita e corrisponde il relativo premio - e Aviva Life S.p.A..

Nel Modulo di adesione viene indicato l'importo del Premio unico da corrispondere da parte di ogni Assicurato.

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

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non dovuta a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o per Invalidità Totale Permanente o per Malattia Grave di un Assicurato), ovvero nei casi di surroga o di accollo del Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/accollo del Contratto di Finanziamento.

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

L'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto calcolata secondo la seguente formula:

Rimborso del Premio Puro: $(P_{Vita} + P_{Danni} * 0,975) * (1-H) * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$

Rimborso dei Costi: $(P_{Vita} + P_{Danni} * 0,975) * H * [(N-K)/N]$

Dove

- P_{Vita} = Premio versato per la Copertura Caso Morte
- $P_{Danni} * 0,975$ = Premio versato per le Coperture Danni al netto delle imposte (Invalidità Totale Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Malattia Grave - Perdita d'Impiego
- H = Costi sul premio
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

L'importo rimborsato all'Assicurato è comprensivo della parte di premio della Copertura Morte relativo al periodo di assicurazione non goduto, che viene rimborsato da Aviva Assicurazioni S.p.A. (Impresa di Assicurazione) ad Aviva Life S.p.A. (Contraente della Convenzione per la Copertura Caso Morte).

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

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno oppure utilizzando l'apposito Modulo disponibile presso la sede della Contraente.

Ai fini della determinazione della prestazione assicurata il Debito residuo sarà ricostruito dall'Impresa di Assicurazione seguendo la stessa struttura di ammortamento alla francese in base ad un tasso prestabilito in vigore al momento dell'anticipata estinzione totale/surroga/accollo del Finanziamento.

In caso di accollo del Finanziamento non sarà possibile mantenere in vigore la Copertura Assicurativa.

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

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto tramite lettera raccomandata indirizzata a: **CNP Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano** (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri).

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800.222.662

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi.

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

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

ART. 13 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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 di Assicurazione.

ART. 14 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni. Di tale cumulo si terrà conto ai fini delle formalità assuntive.

ART. 15 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Imprese di Assicurazione, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Assicurato sul Modulo di Adesione.

ART. 17 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

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

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

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

ART. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 19 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 20 FORO COMPETENTE

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

ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto del Contratto di Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro, nei confronti delle Imprese di Assicurazione e/o dei giudici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso.

ART. 22 CESSIONE DEI DIRITTI

Non sarà possibile in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

ART. 23 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti dell'Impresa di Assicurazione si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, l'Impresa di Assicurazione non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

LE GARANZIE ASSICURATIVE

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

ART. 24 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di decesso dell'Assicurato che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del decesso, al netto di eventuali rate insolute che residuano dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Contraente.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del presente Contratto di Assicurazione, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

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

ART. 25 ESCLUSIONI

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

- partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi, fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano, risse tranne per il caso di legittima difesa, atti di terrorismo e sabotaggio;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- suicidio che avvenga nei primi due anni dalla data di decorrenza della copertura;
- uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- seguiti e conseguenze di Infortuni già verificatesi e, malattie già in essere alla data di decorrenza della Copertura;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica del paracadutismo o di sports aerei in genere;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa collegate
- stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada ed il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

- decesso avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

In questi casi l'Impresa di Assicurazione restituirà all'Assicurato la parte di Premio per la Copertura Morte corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata con la formula riportata alla fine dell'Art. 11 "ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE/PARZIALE, SURROGA, ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO" che precede.

Il Premio rimborsato potrà essere utilizzato per ridurre, di pari importo, il Debito residuo dell'Assicurato.

ART. 26 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di decesso dell'Assicurato l'avente causa dovrà denunciare il Sinistro nel più breve tempo possibile per iscritto a CNP UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRIVIA DANTE 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri), allegando la seguente documentazione:

- copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa comprensivo della dichiarazione di buono stato di salute;
- copia autenticata dell'atto notarile del Contratto di Finanziamento;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data di decesso dello stesso;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del Decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative al primo ricovero subito dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;

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

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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento del decesso, oppure nel caso in cui la copertura assicurativa sia rimasta in vigore essendo il Decesso dell'Assicurato intervenuto successivamente all'anticipata estinzione totale/surroga del Contratto di Finanziamento, la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla seguente documentazione:

- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'anticipata estinzione totale o parziale/la surroga del Finanziamento e dichiarazione di rinuncia al beneficio irrevocabile da parte della Contraente;
- ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione anche la seguente documentazione:
- copia di un valido documento di identità;
- copia del codice fiscale;

- dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice IBAN;
- se l'Assicurato NON ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità);
- se l'Assicurato HA lasciato testamento: verbale di pubblicazione, copia autenticata del testamento dello stesso ed atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio autenticata da un notaio, cancelliere, autorità comunali (funzionario incaricato) in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati l'elenco degli eredi testamentari e l'elenco dei suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato con la specifica indicazione che tali eredi testamentari ed eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti a cui la legge attribuisca diritti o quote di eredità;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi della capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento, il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;
- in presenza di procura, procura che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore a riscuotere le somme derivanti dal Contratto di Assicurazione indicandone il numero di polizza; segnaliamo in merito che non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successive.

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

ART. 27 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato -, salvo le limitazioni previste al successivo Art. 28 "ESCLUSIONI".

L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolte che residuano dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Contraente.

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

Nel caso di Infortunio, l'eventuale prestazione già corrisposta a titolo di Inabilità Temporanea Totale nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della liquidazione della prestazione dovuta per l'Invalidità Totale Permanente sarà detratta dall'ammontare totale della prestazione stessa.

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

ART. 28 ESCLUSIONI

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

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- inoltre sono esclusi gli infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - dalla pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

ART. 29 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente deve essere allegata la seguente documentazione:

- copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto di mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla surrogazione del Contratto di finanziamento Beneficiario sarà l'Assicurato.

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

- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'anticipata estinzione totale o parziale/la surroga del Finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Impresa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, la liquidazione mensile alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - di una somma pari all'ammontare delle rate mensili (comprehensive di capitale ed interessi) quale risultano dal piano di ammortamento originario 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 per tutta la durata contrattuale. In caso di rata del Finanziamento con diversa periodicità si terrà conto della rata mensile equivalente. In caso di estinzione parziale del Finanziamento, modifica della durata o di rinegoziazione dello stesso, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

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

La Copertura di Inabilità Temporanea e Totale è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di trenta giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa; qualora l'Inabilità Temporanea Totale insorga quindi entro trenta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo;
- ad un Periodo di Franchigia pari a trenta giorni.

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

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

ART. 31 ESCLUSIONI

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

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici e gli stati depressivi;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità totale;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport, amatoriale o professionale, che comporti un compenso o una remunerazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

ART. 32 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

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

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

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

- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro;
- 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).

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.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore alla rata mensile oppure nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di mantenere in vigore la copertura assicurativa ed il sinistro dell'Assicurato si verifichi successivamente all'anticipata estinzione totale/surroga del Contratto di Finanziamento, Beneficiario sarà l'Assicurato.

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

- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'anticipata estinzione totale o parziale/la surroga del Finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE (VALIDA PER I NON LAVORATORI)

ART. 33 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di Malattia Grave dell'Assicurato nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte dell'Impresa di Assicurazione della prestazione assicurata, alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - salvo le limitazioni previste al successivo Art. 34 "ESCLUSIONI".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute che residuano dal rapporto di finanziamento contratto dall'Assicurato verso la Contraente.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 31.000,00 per Sinistro come previsto dall'Art. 4 "LIMITI DI INDENNIZZO".

La Copertura Assicurativa per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni; qualora la Malattia Grave avvenga nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

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

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

ICTUS: qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esserci prova di deficit neurologico permanente.

CANCRO: tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso da melanoma maligno.

ATTACCO CARDIACO: necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori: anamnesi di precordialgia tipica, nuove alterazioni elettrocardiografiche, aumento degli enzimi cardiaci.

PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO: intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di by pass condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.

INSUFFICIENZA RENALE: malattia renale terminale dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.

TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI: l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

Fermo restando quanto previsto nel contratto di finanziamento, in caso di estinzione parziale dello stesso, modifica della durata o di rinegoziazione, la Copertura Assicurativa resterà comunque commisurata, sia per le prestazioni che per la durata, all'originario piano di ammortamento del Finanziamento.

ART. 34 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia Malattia Grave:

- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcoolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- trasformazioni od assestamento energetici dell'atomo;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

ART. 35 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Malattia Grave l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (Impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) entro 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C.. L'inadempimento di tale obbligo determina le conseguenze previste dall'art. 1915 C.C. ovvero la perdita del diritto all'indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso o la riduzione dell'indennità in ragione del pregiudizio sofferto dall'Impresa di Assicurazione, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

La denuncia deve contenere l'indicazione dell'evento e la seguente documentazione:

- attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- Copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della malattia grave;

- Copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro;

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.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al Debito residuo dell'Assicurato al momento della liquidazione oppure nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto di mantenere in vigore la copertura assicurativa, in caso di sinistro successivo all'anticipata estinzione totale o alla surrogazione del Contratto di finanziamento Beneficiario sarà l'Assicurato.

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

- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'anticipata estinzione totale o parziale/la surroga del Finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

ART. 36 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

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

indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione, l'Impresa di Assicurazione, liquiderà mensilmente alla Contraente – quale mandataria di pagamento dell'Assicurato - una somma pari all'importo delle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della disoccupazione con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e per contratto tutta la durata contrattuale.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 37 ESCLUSIONI

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

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dall'Impresa di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego nel caso in cui:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di Ente Privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- il licenziamento è dovuto a "giusta causa";
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco di periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratto di formazione lavoro, contratti stagionali e contratti di lavoro interinale;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione, Ordinaria o Edilizia;
- i contratti di lavoro stipulati all'estero, salvo che il rapporto di lavoro sia regolato dalla legge italiana;
- All'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della propria disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- L'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- L'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

ART. 38 DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) la propria disoccupazione inviando la seguente documentazione:

- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);

L'Assicurato deve, entro 60 giorni dal verificarsi della disoccupazione, comunicare a CNP, Ufficio Liquidazione Sinistri, Via Dante, 14 – 20121 Milano (Impresa alla quale è stato dato mandato a gestire i sinistri) la propria disoccupazione inviando la seguente documentazione:

- Copia di un valido documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento.
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento;
- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'importo del debito residuo, in capo all'Assicurato, alla data del sinistro;

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

Qualora l'importo della prestazione assicurativa sia superiore alla rata mensile oppure nel caso in cui l'Impresa abbia richiesto di mantenere in vigore la copertura assicurativa ed il sinistro dell'Assicurato si verifichi successivamente all'anticipata estinzione totale/surroga del Contratto di Finanziamento, Beneficiario sarà l'Assicurato.

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

- dichiarazione della Banca presso la quale è stato acceso il Finanziamento attestante l'anticipata estinzione totale o parziale/la surroga del Finanziamento;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010

4. GLOSSARIO

ASSICURATO

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti alla data della stipula del Finanziamento, cliente della Contraente e intestatario del finanziamento con piano di ammortamento alla francese concesso dalla Contraente che ha aderito alle Polizze Collettive sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio.

BANCA

Carilo coincide con la Contraente.

BENEFICIARIO

Beneficiario della prestazione caso Morte è la Contraente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il Sinistro.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave, Perdita d'Impiego è l'Assicurato che conferisce mandato irrevocabile alla Contraente ad incassare ogni prestazione dovuta dall'Impresa di Assicurazione per le presenti Coperture quando si verifica il Sinistro.

CARENZA

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, durante il quale la copertura non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione non corrisponde la prestazione assicurata.

CONTRAENTE

Carilo con sede legale in via Solari, 21 - 60025 Loreto – Ancona: Società presso la quale è stato richiesto il finanziamento e che stipula la polizza Collettiva (Convenzione Assicurativa) con Aviva Assicurazioni Spa, per conto degli Assicurati.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Esso si riferisce all'insieme delle Coperture Assicurative (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave, Perdita d'Impiego) attinenti alla posizione individuale di ciascun Assicurato.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

Contratto di Assicurazione in forma collettiva. La Convenzione è sottoscritta tra Aviva Assicurazioni S.p.A. e Carilo S.p.A. - Contraente della Convenzione -.

Aviva Assicurazioni S.p.A. sottoscrive inoltre una Convenzione con Aviva Life S.p.A. per le Coperture Vita a favore di tutti i Clienti delle filiali di Carilo che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i prestiti personali di durata non superiore a 10 anni e che hanno aderito alle Polizze Collettive.

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Contraente concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **prestiti personali** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 10 anni ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto del presente Contratto di Assicurazione.

COPERTURA ASSICURATIVA

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

DATA DI DECORRENZA

E' la data di erogazione del finanziamento concesso dalla Contraente;

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 finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute;

DISOCCUPAZIONE

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

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

DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

FRANCHIGIA

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

IMPRESA DI ASSICURAZIONE

- Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave, Perdita d'Impiego): AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) – Codice Fiscale, iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Partita IVA n. 09269910155.
- Per la copertura morte: AVIVA Life S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Viale Abruzzi 94, 20131 Milano – autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 19305 del 31/3/1992 - Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159. **Aviva Life presta la Copertura Caso Morte mediante Polizza Collettiva stipulata con Aviva Assicurazioni SpA – che pertanto assume la figura di Contraente della Polizza Collettiva - a favore di tutti i Clienti delle filiali di Carilo che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i Prestiti di durata non superiore a 10 anni e che hanno aderito alle Polizze Collettive.**

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

INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO

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

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

L'Invalidità è la perdita totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 66%, dovuta a infortunio o malattia. L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo

i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 -"Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

ISTITUTO DI CURA

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

LAVORATORE AUTONOMO

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

LAVORATORE DIPENDENTE DI ENTE PRIVATO

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

MALATTIA

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

MALATTIA GRAVE

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

MARGINE DI SOLVIBILITÀ

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

NON LAVORATORE

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

PERDITA D'IMPIEGO

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

POLIZZE COLLETTIVE

La Polizza collettiva n. 210610 di cui alla Convenzione n. 0045/T, stipulata dalla Contraente Banca delle Marche S.p.A. con AVIVA Assicurazioni S.p.A., disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione a cui abbia aderito l'Assicurato, sottoscrivendo il Modulo di Adesione al presente Contratto di Assicurazione. La Polizza Collettiva nr. **600013** stipulata dalla Contraente Aviva Assicurazioni S.p.A. con Aviva Life S.p.A., per la Copertura Caso Morte a **favore di tutti i Clienti delle filiali di Carilo S.p.A. che hanno sottoscritto un Finanziamento rientrante tra i Prestiti Personali di durata non superiore a 10 anni e che hanno aderito alle Polizze Collettive.**

PREMIO

E' la somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per la Copertura Assicurativa prestata. Il premio di polizza è pagato dall'Assicurato alla Contraente in un'unica soluzione anticipata e viene calcolato in percen-

tuale del capitale assicurato in base alla durata del finanziamento. L'importo del premio è comprensivo del premio per le Copertura Caso Morte prestata da Aviva Life S.p.A. a seguito di una Convenzione stipulata con Aviva Assicurazioni S.p.A..

PREMIO PURO

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

RATA MENSILE

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

SINISTRO

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

5. INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30.06.2003 n. 196 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi in cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso in cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);

b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché ad agenti o mediatori di assicurazione.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Gli artt. 7 e 10 della Legge conferiscono all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e della finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

L'Amministratore Delegato, pro tempore, è titolare del trattamento dei dati personali per l'Area Industriale assicurativa.

Polizza Collettiva n° 7120019

Modulo di Adesione n° _____

Il sottoscritto _____ **Nato a** _____ **il** _____
Indirizzo _____
 Codice Fiscale _____
 Intestatario del contratto di prestito codice filiale _____ - numero _____ - categoria PER ORD _____ - P. PERSONALE
 ORDINARIO TASSO INDICIZZATO di importo pari a Euro _____ (Euro _____) e durata **giorni** _____
 (_____ mesi) erogato da Carilo S.p.A., Filiale di _____ (_____)

Decorrenza copertura: h. 24:00 del giorno di erogazione del finanziamento.

Chiede la copertura assicurativa di cui al presente modulo di adesione.

Importo Premio Totale: Euro _____
 Di cui – Costi per spese di acquisizione e gestione: Euro _____
 Importo percepito dall'Intermediario: Euro _____

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

N.B. IL PREMIO È CALCOLATO SULLA BASE DELL'IMPORTO TOTALE DEL FINANZIAMENTO COME DA DATI INSERITI NELLA RELATIVA DOMANDA

DICHIARAZIONE DI ADESIONE DELL'ASSICURATO

PRESO ATTO

- che la "Banca" ha richiesto, per conto dei propri Clienti, ad AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. le coperture assicurative per il caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale, malattia grave, perdita d'impiego e una copertura assicurativa per il caso di morte per tutte le cause ad AVIVA LIFE S.p.A.;
- che le suddette garanzie, per la copertura Vita (morte per tutte le cause) si riferiscono alla polizza collettiva nr. 600013 stipulata da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. in nome e per conto dei Clienti di Carilo Sp.A. con AVIVA LIFE S.p.A., per le coperture Danni (invalidità totale permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale, malattia grave, perdita d'impiego) si riferiscono alla polizza collettiva nr. 7120019 che la "Banca" ha stipulato con AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento n° _____ richiesto alla "Banca" sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni Contrattuali;
- 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 del finanziamento o al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO", di seguito riportata.

DICHIARO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte;
- **di aderire**, in qualità di sottoscrittore, alle polizze collettive suindicate, che prevedono il versamento di un premio unico il cui ammontare lordo totale (Copertura Vita e Coperture Danni) è di Euro _____ = (euro _____) comprensivo di imposte del 2,50% sulla parte di premio relativa alle Coperture Danni;
- **autorizzo la "Banca"** a trattenere il suddetto ammontare lordo totale dal mio conto corrente prendendo atto che la somma trattenuta varrà come pagamento del premio unico a favore di AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A., che a tal fine ha conferito alla "Banca" apposito mandato all'incasso. Il premio è calcolato in base all'importo richiesto ed alla durata del finanziamento, secondo le modalità determinate nelle Condizioni Contrattuali;
- **designo** irrevocabilmente come Beneficiario della copertura assicurativa caso morte la "Banca", che accetta tale designazione, fino alla concorrenza del credito residuo in linea capitale vantato, in forza del sopra citato contratto di finanziamento, alla data dell'evento assicurato;
- relativamente alle coperture assicurative per il caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia, Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, malattia grave, perdita d'impiego, conferisco alla "Banca" mandato irrevocabile, anche nell'interesse della "Banca" ai sensi dell'art.1723_2° comma C.C., ad incassare ogni indennizzo dovuto a fronte delle garanzie prestate restando convenuto che: a) il pagamento alla "Banca" avrà piena efficacia liberatoria nei confronti di AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. per gli obblighi da queste assunti in base alle polizze collettive sopra indicate; b) gli indennizzi versati da AVIVA ASSICURAZIONI S.p.A. alla "Banca" verranno utilizzati dalla stessa per rientrare dei propri crediti vantati in forza del predetto contratto di finanziamento, mentre l'eventuale parte eccedente il debito residuo verrà restituita agli aventi diritto;

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO _____

DICHIARO ALTRESÌ

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (mod 32552) – redatto secondo le prescrizioni ISVAP - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy ed il presente Modulo di Adesione. A tal proposito prendo atto che i testi integrali delle Polizze Collettive sono depositati a mia disposizione presso la sede della Contraente;
- LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

DICHIARO

di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessorie e il disposto dei seguenti articoli: Art. 5. (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 6 (Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa), Art. 12. (Denuncia del sinistro), Artt. 26 - 29 - 32 - 35 - 38 (Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro), Art. 20 (Foro competente), Art. 22 (Cessione dei diritti), Art. 24 (Prestazioni Assicurate), Art. 25 (Esclusioni).

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

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

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato nel fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto - possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione stessa;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico. In questo caso il Contratto non è assumibile dall'Impresa.

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

Al fine delle suddette coperture assicurative **DICHIARO** inoltre di:

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

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

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

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

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

Timbro e Firma della Filiale
(per accettazione della designazione come Beneficiario e per convalida firma)

Data ultimo aggiornamento: 15 novembre 2010

Aviva Assicurazioni S.p.A.
V.le Abruzzi 94 20131 Milano
www.avivaitalia.it
Tel. +39 02 2775.1
Fax +39 02 2775.204



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



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 5.000.009,04 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284960 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09269910155 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19293 del 05/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 71 del 25/03/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00102 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00003



Via Solari, 21 60025 Loreto (An)
www.carilo.it

Gruppo Bancario Banca delle Marche iscritto all'albo dei Gruppi Bancari codice 6055.8. Capitale sociale Euro 15.599.591,25. Codice Fiscale, Partita IVA e numero di iscrizione nel registro delle imprese di Ancona: 00079350427 - Codice Abi 6195.2 Iscritta all'Albo delle Banche tenuto dalla Banca d'Italia al n. 5180.5.