



Eurovita S.p.A.
Impresa di assicurazione italiana appartenente al Gruppo Eurovita

Edizione agosto 2022

Condizioni Contrattuali

PRESTITO PROTETTO

Polizza Collettiva ad adesione facoltativa con garanzie:
“temporanea per il caso di morte a capitale decrescente”,
“invalidità totale permanente da infortunio o malattia”
“inabilità temporanea totale da infortunio o malattia” e
“perdita d’impiego”

Data di validità delle Condizioni Contrattuali: 1 agosto 2022

Le presenti Condizioni Contrattuali sono state redatte secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”.

[Eurovita S.p.A.](#)

[Axa France lard S.A.](#)

PRESTITO PROTETTO-PRESENTAZIONE

Le presenti Condizioni Contrattuali contengono l'insieme delle regole che disciplinano il prodotto denominato **Prestito Protetto** (cod. tariffa PU1163).

Prestito Protetto è una Polizza Collettiva stipulata dalla Banca, in qualità di Contraente, alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la stessa.

L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del finanziamento e di garantire, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato o ad un'indennità mensile.

Le Condizioni Contrattuali si articolano in tre Sezioni:

- Sezione I - Le prestazioni assicurate, i requisiti ed i limiti di assicurabilità, le esclusioni (Artt. 1 - 8) - che contiene la disciplina sulle garanzie assicurate dal contratto, l'indicazione dei requisiti dell'Assicurato, i limiti assuntivi e di indennizzo, le esclusioni riguardanti le coperture offerte.
- Sezione II - Obblighi delle Compagnie di Assicurazione, del Contraente e dei Beneficiari (Artt. 9 - 11) - che contiene la disciplina sui tempi, sulle modalità, sulla documentazione necessaria per i pagamenti dell'Impresa previsti dal contratto nonché informazioni sulle conseguenze che derivano qualora il pagamento della prestazione assicurata non sia stato richiesto entro i termini previsti dalla legge (prescrizione).
- Sezione III – Informazioni sul contratto (Artt. 12 - 31) - che contiene la disciplina sull'inizio e termine del contratto, sul pagamento del premio, sui diritti e gli obblighi del Contraente e sulle norme di legge di riferimento.

Le Condizioni Contrattuali inoltre sono comprensive di:

- Glossario che contiene la definizione dei termini assicurativi e tecnici utilizzati nella documentazione contrattuale.
- Informativa sul trattamento dei dati personali che contengono le informazioni sulla raccolta e l'utilizzo dei dati personali da parte delle Imprese.

PRESTITO PROTETTO - INDICE

CONDIZIONI CONTRATTUALI

SEZIONE I- LE PRESTAZIONI ASSICURATE, I REQUISITI ED I LIMITI DI ASSICURABILITA', LE ESCLUSIONI 1

ART. 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE	1
ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE	4
ART. 3 - LIMITI DI INDENNIZZO	5
ART. 4 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	5
ART. 5 - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE	6
ART. 6 - ESCLUSIONI	6
ART. 7 - DENUNCIA DEL SINISTRO	9
ART. 8 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI	13

SEZIONE II- OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE, DEL CONTRAENTE E DEI BENEFICIARI 13

ART. 9 - OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	13
ART. 10 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO	13
ART. 11 - TERMINI DI DECADENZA	14

SEZIONE III- INFORMAZIONI SUL CONTRATTO 14

ART. 12 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	14
ART. 13 - DIRITTO DI RECESSO	15
ART. 14 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	15
ART. 15 - PAGAMENTO DEL PREMIO	16
ART. 16 - ESTINZIONE ANTICIPATA E SURROGA DEL FINANZIAMENTO	16
ART. 17 - ALTRE ASSICURAZIONI	17
ART. 18 - IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI	17
ART. 19 - COMUNICAZIONI	17
ART. 20 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO	17
ART. 21 - RINUNCIA ALLA RIVALSA	18
ART. 22 - LEGGE APPLICABILE	18
ART. 23 - FORO COMPETENTE	18
ART. 24 - CLAUSOLA LIBERATORIA	18
ART. 25 - RECLAMI	18
ART. 26 - CESSIONE DEI DIRITTI	20
ART. 27 - CONTROVERSIE	20
ART. 28 - SANZIONI	20
ART. 29 - MODIFICHE AL MODULO DI ADESIONE	20
ART. 30 - RISCATTI E PRESTITI	20

GLOSSARIO 1

Allegato 1 - INFORMATIVA PRIVACY	1
Allegato 2 - INFORMATIVA PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI ON-LINE ED ACCESSO ALL'AREA RISERVATA CLIENTI	1

PRESTITO PROTETTO – CONDIZIONI CONTRATTUALI

Polizza Collettiva ad adesione facoltativa con garanzie “temporanea per il caso di morte a capitale decrescente”, “invalidità totale permanente da infortunio o malattia”, “inabilità temporanea totale da infortunio o malattia”, “perdita d’impiego” (cod. tariffa PU1163)

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

SEZIONE I- Le prestazioni assicurate, i requisiti ed i limiti di assicurabilità, le esclusioni.

ART. 1 LE PRESTAZIONI ASSICURATE

Il presente Contratto, di cui alle Convenzioni Assicurative stipulate tra la Banca e le Compagnie di Assicurazione richiamate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall’Assicurato, comprende a seconda delle opzioni sottoscrivibili, le seguenti garanzie:

- Decesso, per tutti gli Assicurati, prestata da EUROVITA S.p.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Invalidità Totale Permanente, per tutti gli Assicurati, prestata da AXA FRANCE IARD S.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Inabilità Temporanea Totale, solo per i Produttori di reddito, prestata da AXA FRANCE IARD S.A. (Opzione 2 e 3);
- Perdita di Impiego, solo per i Dipendenti del settore Privato a tempo indeterminato, prestata da AXA FRANCE IARD S.A. (Opzione 3).

Si riporta, per maggior chiarezza, il seguente schema esemplificativo:

Opzione contrattuale	Persone Assicurabili	Coperture Assicurative			
		Morte	Invalidità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Perdita d’impiego
Opzione 1	Tutti gli Assicurati	Si	Si	No	No
Opzione 2	Riservata a tutti i Produttori di reddito	Si	Si	Si	No
Opzione 3	Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti del Settore Privato con contratto a tempo indeterminato e ore settimanali di lavoro pari o superiori a 20	Si	Si	Si	Si

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

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

- GARANZIA DECESSO – Opzioni 1, 2, 3

Nel caso di Decesso dell'Assicurato, Eurovita S.p.A. corrisponderà l'indennizzo successivamente descritto, qualora:

- il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; Eurovita S.p.A. corrisponde il Capitale assicurato al momento del Sinistro così come definito successivamente. In caso di estinzione anticipata e surroga del finanziamento si rinvia a quanto previsto all'art. 16 delle presenti Condizioni Contrattuali. Nel caso in cui non si verifichi il Sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il Premio pagato per la copertura caso Decesso resterà acquisito da Eurovita S.p.A.;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 6;
- gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 10.

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, Eurovita garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un importo pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento calcolato alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il decesso. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al decesso dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Finanziamento preveda più Cointestatari - massimo due assicurati -, il Capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere superiore all'intero valore erogato/debito residuo del Finanziamento.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00 per Assicurato, come previsto all'art. 3 (Limiti di indennizzo).

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

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 16 delle Condizioni Contrattuali.

- GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (valida per tutti gli Assicurati) – OPZIONI 1, 2, 3

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60%, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, è previsto il pagamento, in un'unica soluzione, della prestazione assicurata da parte della Compagnia di Assicurazione all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo art. 6 ("Esclusioni").

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

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

Nel caso in cui vi siano più Assicurati Cointestatari del medesimo Finanziamento - massimo due assicurati - e

venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie restano in vigore per l'altro Assicurato fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del Finanziamento stesso.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'art.3 ("Limiti di indennizzo"). Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 15 delle Condizioni Contrattuali.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli articoli 14 ("Beneficiari delle prestazioni") e 8 ("Pagamento delle prestazioni").

- GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE - (Produttori di Reddito) - OPZIONE 2

In caso di Inabilità Temporanea Totale, è prevista la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al prorata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, con il massimo di Euro 1.500,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale e per ciascun Assicurato.

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.

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 4 ("Esclusioni").

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 (sessanta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale venga notificata all'Assicurato nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 16 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli Articoli 14 ("Beneficiari delle prestazioni") e 8 ("Pagamento delle prestazioni") che precedono.

- GARANZIA PERDITA D'IMPIEGO (per i Lavoratori Dipendenti del settore Privato) - OPZIONE 3

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

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

la Compagnia di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della

Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al prorata dei giorni effettivi di Disoccupazione, con il massimo di Euro 1.500,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale e per ciascun Assicurato.
Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 4 ("Esclusioni").

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 (sessanta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le Rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

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

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 11 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli articoli 14 ("Beneficiari delle prestazioni") e 8 ("Pagamento delle prestazioni").

ART. 2 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata compresa tra 6 mesi e 120 mesi, ovvero figuri quale Garante rispetto al Contratto medesimo. In caso di Finanziamento già erogato, la durata residua all'atto dell'Adesione non potrà essere inferiore a 12 mesi.
- b) gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art. 3 ("Limiti di indennizzo") che segue;
- c) sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni non compiuti alla data della sottoscrizione del Modulo di Adesione, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 75 anni non compiuti per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita di Impiego;
- d) abbia aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione, ove richiesto, il Questionario Sanitario
- e) abbia pagato il Premio unico anticipato, dopo che ci stata l'accettazione da parte della Compagnia.

Si precisa che per capitali assicurati di importo fino a € 25.000,00, l'Assicurato potrà aderire alla presente Polizza sottoscrivendo il SOLO Modulo di Adesione.

L'Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo articolo "Limiti assuntivi".

In caso di sottoscrizione del Questionario Sanitario con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Le operazioni di Finanziamento che prevedono la cointestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza

Collettiva.

Si precisa che in caso di cointestazione, potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone e l'importo totale/debito residuo del finanziamento potrà essere liberamente ripartito fra i Coassicurati nel limite dell'importo stesso oppure potrà essere attribuita una percentuale pari al 100% dell'importo totale/debito residuo del Finanziamento ad entrambi gli Assicurati.

Nel caso di più Assicurati Cointestatari del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte delle Compagnie di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per il rimanente Assicurato, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa. Con specifico riferimento alle garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego, inoltre, è assicurabile ciascuna persona fisica che non sia stata assente dalla Normale attività lavorativa, qualora sia lavoratore, negli ultimi 12 (dodici) mesi, per più di 60 (sessanta) giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio. Il presente contratto può essere sottoscritto esclusivamente dall'Assicurato che abbia stabilito almeno la propria residenza o il proprio domicilio nel territorio italiano e che non sia in ogni caso domiciliato o residente in Stati Uniti, Canada, Giappone o Australia; nel caso in cui l'Assicurato perda i predetti requisiti in corso di contratto, eventuali richieste di operazioni di versamento di premi aggiuntivi saranno respinte dall'Impresa che consentirà esclusivamente operazioni di riscatto.

2.1 Limiti assuntivi

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo di Adesione, completato in ogni parte, datato e firmato dall'Assicurato e, ove richiesto, del Questionario Sanitario, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali assicurati fino a Euro 25.000,00 (venticinquemila/00) non è prevista la sottoscrizione del Questionario Sanitario.
- Per capitali assicurati superiori a Euro 25.000,00 (venticinquemila/00) al momento dell'Adesione dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Sanitario. In caso di almeno una risposta positiva nel suddetto questionario, il Cliente non risulterà assumibile.

Qualora l'età dell'Assicurato sia superiore a 65 anni al momento dell'Adesione, il Cliente non risulterà assumibile.

ART. 3 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite assoluto per Assicurato;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale o Perdita d'Impiego Euro 1.500,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

ART. 4 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

ART. 5 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

L'Assicurato è esonerato dal dover dare comunicazioni alla Compagnia di eventuali aggravanti e diminuzioni di rischio ai sensi degli Artt. 1897-1898 Codice Civile, nonché dall'obbligo di comunicare cambiamenti di professione ai sensi dell'Art. 1926 Codice Civile.

Resta salva, per gli Aderenti all'opzione 3 la facoltà di comunicare il cambiamento di professione ai soli fini del rimborso del rateo di premio unico pagato e non goduto della garanzia Perdita d'Impiego.

A titolo di mero esempio, un dipendente del settore privato a tempo indeterminato che abbia aderito all'opzione 3 al momento dell'Adesione può, nel corso della durata contrattuale, variare lo status lavorativo in lavoratore autonomo ed operare pertanto come sopra indicato.

ART. 6 ESCLUSIONI

- GARANZIA DECESSO

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

- dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 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);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- 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;
- 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;
- 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;
- trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);

Inoltre è escluso il Decesso causato da:

- uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- 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/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 3.000 metri e/o oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- dallo svolgimento delle seguenti attività professionali:
- militari in servizio attivo
- attività circensi e stuntman

- attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere

In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito all'art. 1 ("Prestazioni assicurate"), la Compagnia corrisponderà quanto viene accantonato di anno in anno per far fronte al rischio Decesso e il Contratto si risolve anticipatamente.

Gli accertamenti sanitari di base richiesti per l'assunzione del contratto ove necessari sono riportati nel precedente art. 2 ("Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione") delle presenti Condizioni di Assicurazione.

- GARANZIA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

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

- a) Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- b) Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- c) Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- d) Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
 - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio.
- e) Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- f) Esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- g) Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;
- h) Partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- i) Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- j) Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- k) Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
- l) Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

- GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

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

- a) Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- b) Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- c) Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- d) Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
 - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio.
- e) Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;
- f) Esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);

- vite umane);
- i) Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;
 - j) Partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
 - m) Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
 - n) Interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
 - o) Trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);
 - p) Inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
 - q) Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
 - r) Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
 - s) Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

- GARANZIA PERDITA D'IMPIEGO

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoro dipendente del settore Privato con contratto a tempo determinato.

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

- a) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- b) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- c) Alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego Involontaria, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- d) La Perdita d'Impiego Involontaria è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- e) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo o disciplinare;
- f) se la perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro;
- g) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova / mancato superamento del periodo di prova;
- h) Contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- i) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- j) Licenziamento tra congiunti, ascendenti, discendenti e collaterali, salvo il caso di liquidazione dell'azienda;
- k) l'Assicurato è assunto con un contratto di lavoro (ancorché a tempo indeterminato) rientrante in una delle seguenti categorie: contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente/stagionale, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);
- l) Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.

ART. 7 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la filiale della Contraente mediante apposita comunicazione o compilazione del Modulo Denuncia di Sinistro. La denuncia del Sinistro, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Decesso: Eurovita S.p.A. c/o CBP Italia S.A.S. – Viale V. Lancetti, 43 – 20158 Milano.
- per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego): AXA France Iard S.A. c/o CBP Italia S.A.S. - Viale V. Lancetti, 43 - 20158 Milano.

Per informazioni relative ai Sinistri l'Assicurato o gli aventi causa potranno rivolgersi al numero telefonico:

02 - 6882691

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 17,00

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

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

Le Compagnie di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni garanzia.

La documentazione necessaria, suddivisa per garanzia, è la seguente:

ART. 7.1 Decesso

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.eurovita.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
 - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
 - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
 - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione, dell'eventuale Questionario Sanitario o, in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso (è disponibile, a supporto, apposito modulo sul sito internet www.eurovita.it);
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
 - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
 - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento conosciuto, valido e non impugnato;
- se non esiste testamento:
 - dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi ed il grado di parentela;
- una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte in presenza dell'Intermediario o con

firma autenticata da un Pubblico Ufficiale che deve riportare le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- indicazione delle coordinate Bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accreditto dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari;
- in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del Capitale.

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

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

Inoltre, la filiale della Contraente presso la quale è stato stipulato il Finanziamento, i Beneficiari, o altra persona in loro vece, devono:

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

ART. 7.2 Invalidità Totale e Permanente

- una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:

- dati anagrafici dell'Assicurato (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- indicazione delle coordinate Bancarie per l'accreditto dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle Coperture Assicurative, dell'eventuale Questionario Sanitario, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente, la denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e all'apposita comunicazione deve essere allegata la documentazione sopra specificata.

ART. 7.3 Inabilità Temporanea Totale

- una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:

- dati anagrafici dell'Assicurato (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- indicazione delle coordinate Bancarie per l'accreditto dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle Coperture Assicurative, dell'eventuale Questionario Sanitario, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

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

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e all'apposita comunicazione deve essere allegata la documentazione sopra specificata.

La documentazione andrà presentata al verificarsi del Sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

ART. 7.3.1 Denunce successive - sospensione delle prestazioni

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

ART. 7.4 Perdita di impiego

- una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
 - dati anagrafici dell'Assicurato (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
 - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accreditto dell'importo liquidabile;
 - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia del Modulo di Adesione alle Coperture Assicurative, dell'eventuale Questionario Sanitario, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);

- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
 - attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
 - dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente Bancario e codice IBAN.
- L'Assicurato deve, entro 60 (sessanta) giorni dal verificarsi del Sinistro, comunicare alla Compagnia di Assicurazione la propria Disoccupazione inviando apposita comunicazione con allegata la documentazione sopra specificata.

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

ART. 7.4.1 Denunce successive - sospensione delle prestazioni

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione mensile e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente del settore 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.

ART. 7.5 Disposizioni comuni

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere, direttamente all'Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atti ad una corretta valutazione del Sinistro.

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie, il cui costo sarà a totale carico delle Compagnie medesime.

ART. 8 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Verificatosi l'evento assicurato, le Compagnie di Assicurazione provvederanno ad effettuare il pagamento relativo alle prestazioni garantite dal presente Contratto entro i termini previsti dall'art. 7 ("Denuncia del Sinistro"). Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che le Compagnie di Assicurazione saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo ai Beneficiari designati (con riferimento alla copertura Decesso) o all'Assicurato stesso (con riferimento alle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego).

SEZIONE II- Obblighi delle Compagnie, dell'Assicurato e dei suoi aventi causa.

ART. 9 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 10 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO

Per la garanzia caso Decesso

In caso di Decesso, i Beneficiari designati possono compilare debitamente l'apposito Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile presso la filiale della Contraente che ha emesso il Contratto di Finanziamento), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

Eurovita S.p.A. c/o CBP Italia S.A.S. Viale V. Lancetti, 43 – 20158 Milano.

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12.1 delle Condizioni Contrattuali di assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

In alternativa, la Banca presso la quale è stata perfezionata l'Adesione alla presente Polizza è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

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

Per le garanzie danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)

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

In caso di Sinistro l'Assicurato può, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, inoltrare una richiesta di liquidazione mediante lettera raccomandata A/R a:

AXA France lard S.A. c/o CBP Italia S.A.S. Viale V. Lancetti, 43 - 20158 Milano

unitamente alla documentazione prevista nelle Condizioni Contrattuali di assicurazione, e, specificamente, all'art. 7.2 per il caso di Invalidità Totale Permanente, all'art. 7.3 per il caso di Inabilità Temporanea Totale, all'art. 7.4 per il caso di Perdita d'Impiego.

In alternativa, la Banca presso la quale è stata perfezionata l'Adesione alla presente Polizza è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

AXA France lard S.A. potrà inoltre, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui agli artt. 7.3.1 e 7.4.1.

ART. 11 TERMINI DI DECADENZA

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per la Copertura Vita e due anni per le Coperture Danni 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 usufruiscono della prestazione, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

SEZIONE III- Informazioni sul contratto

ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nel Modulo di Adesione, per i Finanziamenti già erogati.

La durata delle garanzie coincide sempre con la durata originaria/durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

Le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente terminano, in ogni caso, al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, mentre le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego hanno termine alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

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

1. Decesso dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati Cointestatari del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del Finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati Cointestatari del medesimo Finanziamento e venga effettuata l'anticipata estinzione totale del Finanziamento in relazione alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento stesso;
3. Scadenza dell'Adesione;
4. Raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;
5. Raggiungimento dell'età di Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego);
6. Esercizio del diritto di recesso;
7. Anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
8. 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).

ART. 13 DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione:

- entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza;
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità

dandone comunicazione alle Compagnie o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, mediante lettera raccomandata A/R contenente gli estremi identificativi del Contratto stesso, ed inviata a:

Eurovita S.p.A. c/o CBP Italia S.A.S
AXA France Iard S.A. c/o CBP Italia S.A.S.
Viale V. Lancetti 43 – 20158 Milano MI

Le Compagnie rimborseranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente:

- per la parte danni, il Premio lordo pagato e non goduto, al netto delle imposte, nel termine dei 30 (trenta) giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le garanzie assicurative;
- per la parte vita, nello stesso termine il Premio pagato.

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

ART. 14 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

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

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

Si ricorda che, nel caso in cui l'Aderente/Assicurato coincida con il Garante, beneficiario irrevocabile della prestazione assicurata sarà il titolare del Finanziamento stipulato con la Contraente.

Eventuali revoche o modifiche devono essere fatte con dichiarazione scritta ad Eurovita oppure con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.

La Banca o l'intermediario finanziario possono essere designati come Beneficiari solo qualora il Contratto non sia intermediato dalla Banca o dall'intermediario finanziario stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di

gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

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

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

In caso di Sinistro verranno liquidate dalle Compagnie di Assicurazione le prestazioni calcolate alla data del Sinistro.

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 Beneficiari designati nel Modulo di Adesione;
- in caso di Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego dell'Assicurato, la somma sarà liquidata all'Assicurato stesso.

ART. 15 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato o per suo conto dalla Contraente di un Premio in via anticipata e in un'unica soluzione per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento, in caso di Finanziamenti già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento (espressa in mesi).

L'importo totale del Premio unico è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura Decesso e delle componenti del Premio per le Coperture danni.

Il Premio non frazionabile viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.

ART. 16 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

Nel caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, salvo il caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Compagnie di Assicurazione provvederanno alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Nei casi di surroga e rinegoziazione del Finanziamento, la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/rinegoziazione del Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alle Compagnie di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/parziale/surroga del Contratto di Finanziamento, indicandone gli elementi economici atti al calcolo del rimborso, oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Assicurato.

Le Compagnie di Assicurazione, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata per quanto concerne il Premio inerente la Copertura Decesso:

$$\text{Rimborso del Premio Puro: PVita} * (1-H) * [(N-K)/N] * [DR/DI]$$
$$\text{Rimborso dei Costi: PVita} * H * [(N-K)/N]$$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Decesso

- H = Costi sul Premio versato per la Copertura Decesso
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento
- DR = Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta
- DI = Debito iniziale.

Da sommarsi alla parte di Premio non goduto inerente le Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego), calcolato come segue:

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1 - H) \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{\left(1 - (1 + J / 12)^{-N}\right)}{\left(1 - (1 + J / 12)^{-(N-K)}\right)} + P \times H \times \frac{(N - K)}{N} \right\}$$

dove:

R = Importo da rimborsare

C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione

D = Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta

P = Premio pagato per le coperture danni al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali

H = % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi

K = Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi

J = Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del Capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato. Resta altresì inteso che, a seguito dell'operazione di rimborso, il Premio originariamente versato risulterà ridotto in proporzione del capitale estinto rispetto al Debito Residuo.

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

Nei casi in cui l'anticipata estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa quali la modifica della durata e/o del tasso di interesse e/o della scadenza, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Contratto di Finanziamento, lo stesso cesserà i suoi effetti secondo le modalità seguite per la totale estinzione. Contestualmente verrà emesso un nuovo contratto per il restante periodo di esposizione debitoria con nuovo iter assuntivo e valutazione sanitaria per l'Assicurato.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato direttamente alle Compagnie di Assicurazione o per il tramite della Contraente ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Decesso: Eurovita S.p.A. c/o CBP Italia S.A.S. – Viale V. Lancetti, 43 – 20158 Milano.
- per le Coperture Danni: (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): AXA France lard S.A. c/o CBP Italia Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano.

ART. 17 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 18 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 19 COMUNICAZIONI

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

ART. 20 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire agli Assicurati copia del Set Informativo.

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

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

ART. 21 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

La Compagnia di Assicurazione che presta le Coperture danni rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aenti diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del Sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto.

ART. 22 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 23 FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio dell'Assicurato o del Beneficiario, o dei loro aenti diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli artt. 17 e 20 del Dlgs 28/2010.

ART. 24 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 25 RECLAMI

A. Reclami relativi all'interpretazione ed esecuzione del contratto

Eventuali contestazioni relative al rapporto assicurativo, all'interpretazione ed all'esecuzione del contratto vanno presentate per iscritto, allegando copia fronte-retro di un valido documento d'identità, alla Compagnia, di cui si riportano di seguito i recapiti:

per la Copertura Decesso:

EUROVITA S.p.A.
c/o CBP Italia S.A.S.
Viale V. Lancetti 43 – 20158 Milano MI
numero di fax 02.68826940
indirizzo e-mail cbpitalia@pec.actalis.it

per le Coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):

AXA France Iard S.A.
Servizio Reclami
c/o CBP Italia S.A.S.
Viale V. Lancetti, 43 – 20158 Milano
numero di fax 02.68826940
indirizzo e-mail cbpitalia@pec.actalis.it

I reclami verranno riscontrati entro 45 giorni dalla data di ricezione.

Le richieste di informazioni, di chiarimenti o di esecuzione del contratto non verranno trattate come reclami e verranno evase dai pertinenti uffici della Compagnia.

B. Reclami relativi alla condotta dell'Intermediario

I reclami relativi al comportamento degli intermediari, compresi quelli inerenti la condotta dei relativi dipendenti e collaboratori*, vanno presentati direttamente all'intermediario (e possibilmente in copia alla Compagnia ai suddetti recapiti). La Compagnia si impegna a trasmettere senza ritardo agli intermediari eventuali reclami di pertinenza degli stessi ricevuti direttamente.

Ai fini del presente articolo, per intermediari assicurativi si intendono i soggetti di seguito riportati:

- intermediari iscritti nella sezione B) del registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (di seguito: "RUI") ex art. 109 D. Lgs. 209/2005, vale a dire *"i mediatori di assicurazione o di riassicurazione, altresì denominati broker, in qualità di intermediari che agiscono su incarico del cliente e senza poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione"*;
- intermediari iscritti nella sezione D) del RUI, ossia *"le banche autorizzate ai sensi dell'articolo 14 del testo unico bancario, gli intermediari finanziari inseriti nell'elenco speciale di cui all'articolo 107 del testo unico bancario, le società di intermediazione mobiliare autorizzate ai sensi dell'articolo 19 del testo unico dell'intermediazione finanziaria, la società Poste Italiane - divisione servizi di bancoposta - autorizzata ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 2001, n. 144"*;

*: soggetti che, dietro compenso e su incarico degli intermediari, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E) del RUI, all'esterno dei locali dell'intermediario per il quale operano.

C. Ricorso all'Autorita' di Vigilanza

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte della Compagnia o dell'intermediario entro 45 giorni dalla data di ricezione, il reclamante potrà presentare formale reclamo a:

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax: 06.42133206
PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

(è possibile inviare e-mail di dimensioni non superiori a **5 MB**; eventuali allegati dovranno essere trasmessi **esclusivamente in formato pdf**).

I reclami indirizzati all'Ivass contengono:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dagli stessi;
- ogni documento utile ad una compiuta descrizione delle circostanze attinenti al reclamo.

In alternativa, il reclamante può utilizzare l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami, disponibile sul sito dell'Autorità al seguente link:

http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf, avendo cura di allegare copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e del relativo riscontro.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente:

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09**

o tramite la procedura sul sito web:
<https://www.mediation-assurance.org>,

chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

D. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Resta ferma, d'altra parte, la possibilità per il reclamante di far ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dall'ordinamento, prima di adire l'Autorità Giudiziaria. Nello specifico, in materia di dispute inerenti ai contratti assicurativi vige l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione, previsto dall'art. 5 del D. Lgs. n. 28/2010, come modificato dall'art. 84 della Legge n. 98/2013. L'istanza di mediazione comporta la necessaria assistenza di un legale di fiducia e rappresenta una condizione di procedibilità dell'eventuale successiva domanda giudiziale.

Inoltre, il D.L. n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, ha introdotto l'istituto della negoziazione assistita, che prevede la facoltà per le parti di risolvere una controversia mediante convenzione, da redigere, a pena di nullità, in forma scritta con l'assistenza di uno o più avvocati.

ART. 26 CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 27 CONTROVERSIE

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

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

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

ART. 28 SANZIONI

In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a fornire alcuna Copertura Assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente Contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea,

del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 29 MODIFICHE AL MODULO DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie di Assicurazione.

ART. 30 RISCATTO E PRESTITI

La presente Polizza non ha né conferisce alcun valore di riscatto. Inoltre in relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti.

GLOSSARIO

Aderente

Soggetto che ha aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il Premio. Coincide con la persona fisica che ha sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Banca ovvero con il suo/suoi eventuale/i Garante/i.

Adesione

Applicazione derivante dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato alla Polizza Collettiva (o Contratto).

Assicurato

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti, cliente della Contraente in qualità di intestatario o di Garante del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato coincide altresì con l'Aderente, cioè con il soggetto che ha aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il Premio.

Banca

Coincide con la Contraente.

Beneficiario

Beneficiario della prestazione caso Decesso è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dalla Polizza Collettiva, quando si verifica il Sinistro.

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

Si specifica che il Beneficiario coincide sempre con l'intestatario del finanziamento qualora l'Assicurato coincida con il Garante del finanziamento stesso.

Broker

CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti, 43 – 20158 Milano

Capitale assicurato

Prestazione che la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata dell'Adesione. E' pari al Debito residuo, in linea capitale del Contratto di Finanziamento stipulato dall'Assicurato con la Contraente e collegato con l'adesione alla Polizza, calcolato alla data del Sinistro ipotizzando il regolare rimborso dello stesso sulla base del piano d'ammortamento. L'importo corrisposto, pertanto, sarà al netto delle rate o quote di rate insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati.

Carenza

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

Cointestatario

La persona che insieme all'intestatario del Contratto di Finanziamento risulta Cointestatario dello stesso.

Compagnie di Assicurazione

Per la copertura vita: Eurovita S.p.A. con sede in Via Frà Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano.

Per le coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): AXA France IARD S.A., iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 722057460, con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse

collettivo) ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005 con provvedimento emesso l'1 Aprile 2003.

Contraente

Banca/istituto di Credito presso il quale è stato richiesto il Finanziamento che stipula la Convenzione Assicurativa con le Compagnie.

Convenzione Assicurativa

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

Contratto di Finanziamento

Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei prestiti personali per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 120 mesi ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto della presente Polizza Collettiva.

Copertura Assicurativa

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

Data di decorrenza

Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti:

- a) per i Finanziamenti di nuova erogazione, a condizione che il Finanziamento concesso dalla Contraente sia stato effettivamente erogato, anche parzialmente, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Finanziamento. Nel caso in cui la data di firma presente sul Modulo di Adesione non coincida con la data di erogazione del Finanziamento si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;
- b) per i Finanziamenti già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nel Modulo di Adesione.

Decesso

La morte dell'Assicurato.

Debito residuo

Quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, al netto di eventuali rate insolute.

Disoccupazione

Lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente del settore Privato, qualora egli contemporaneamente:

- abbia cessato la sua Normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici o percepisca un'indennità di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro.

Durata della Copertura Assicurativa

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza dell'Adesione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità.

Franchigia

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini della presente Polizza Collettiva, 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.

Garante

Soggetto terzo che garantisce con il proprio patrimonio, anche attraverso una fidejussione, l'adempimento dell'obbligazione di cui al Contratto di Finanziamento, rispondendo in solido con il mutuatario. Può coincidere con l'Assicurato/Aderente.

IVASS

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

Inabilità Temporanea Totale

L'inabilità è la perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia. Si precisa che gli stati di inabilità causati da radicolopatie, lombalgie, dolori alle spalle e al collo, sciatiche, neuropatie femorali, neuralgie cervicobrachiali, protrusioni del disco, ernie del disco, coccididinie, sono coperti solo qualora comprovati da esami radiologici o clinici.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui alla presente Polizza Collettiva, 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 constabili e indennizzabili a termini della presente Polizza Collettiva.

Invalidità Totale Permanente

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che eserciti o meno una propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA" e così come accertato dall'Ente ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS, ASL, etc...). La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

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 del settore Privato

Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 3: è Lavoratore Dipendente di settore Privato la persona fisica che presti la propria attività lavorativa, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione pari o superiore a 20 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori Dipendenti:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga.

Lavoratore Dipendente di ente pubblico

E' la persona fisica che sia Lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

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

Malattia

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

Modulo di Adesione

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

Non Lavoratore

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

Normale attività lavorativa

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

Parti

Le Compagnie Assicurative, la Contraente e l'Assicurato.

Pensionamento

Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell'attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.

Perdita d'Impiego

La perdita – da parte dell'Assicurato- dello stato di Lavoratore Dipendente Privato a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato stesso, che generi la cessazione del contratto di lavoro o lo stato di Disoccupazione. È considerato in Disoccupazione l'Assicurato che:

- a) abbia cessato la sua Normale attività lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; e
- c) non rifiuti irragionevolmente offerte di lavoro.

Non sono coperti gli stati di messa in cassa integrazione guadagni (anche in deroga) dei Lavoratori Dipendenti Privati, ad eccezione della messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (che è dunque coperta).

Periodo di Riqualificazione

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

Polizza/e Collettiva/e (o Contratto)

La Polizza Collettiva richiamata nel Modulo di Adesione di cui alla Convenzione Assicurativa stipulata dalla Contraente rispettivamente con AXA France IARD S.A. ed EUROVITA S.p.A. nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi coperti dalla stessa Convenzione e disciplinata dalle Condizioni Contrattuali contenute nel presente Fascicolo Informativo, a cui abbia aderito facoltativamente l'Assicurato.

Premio

Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture Assicurative prestate. Il Premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale del Capitale assicurato.

Produttore/i di reddito

Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 2): il soggetto che percepisce, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente, dall'esercizio di arti o professioni o derivanti dall'esercizio di attività commerciali.

Questionario Sanitario

Documento che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalle Compagnie, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alle Compagnie per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Rata Mensile

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

Sinistro

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

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679
DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016
(REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI C.D. "GDPR").**

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR").

1. Ambito di applicazione e dati di contatto del Titolare del trattamento

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, Eurovita S.p.A. (di seguito il "Titolare"), società del gruppo Eurovita con sede legale in via Pampuri 13, 20141 Milano, che può essere contattata al seguente indirizzo email privacy@eurovita.it o via telefono al +39 0257441, in qualità di titolare del trattamento, fornisce la presente informativa sul trattamento dei dati personali (da intendersi come qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile) da Lei forniti al Titolare (di seguito l'"Informativa") in quanto cliente, od ottenuti tramite terzi, anche in relazione a soggetti a Lei collegati direttamente o indirettamente (di seguito, congiuntamente definiti i "Dati"), qualora i loro Dati siano necessari per le finalità di cui sotto, quali ad esempio soggetti che Lei indica quali beneficiari nell'ambito della polizza assicurativa o il soggetto referente terzo che Lei indica al Titolare quale contatto di riferimento in caso di decesso. In relazione ad eventuali Dati di terzi che Lei comunica al Titolare, la presente Informativa, deve essere da Lei messa a disposizione di tali soggetti prima della comunicazione, al fine renderli edotti circa le modalità di trattamento dei loro Dati.

Il Titolare si avvale di un responsabile per la protezione dei dati personali (anche noto come Data Protection Officer, di seguito il "DPO") che vigila sulla conformità aziendale alla normativa in materia di tutela dei dati personali. Il DPO può essere contattato tramite il seguente canale di comunicazione: dpo@eurovita.it.

2. Finalità del Trattamento

Il Titolare tratta i Dati per le seguenti finalità:

- a) Erogazione del servizio: al fine dell'espletamento in Suo favore delle attività di predisposizione e stipulazione di polizze assicurative, riassicurazione; coassicurazione; gestione ed esecuzione dei contratti, raccolta dei premi; nonché gestione e liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui al Titolare è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (di seguito congiuntamente definite le "**Finalità Contrattuali**");
- b) Adempimento di obblighi di legge: per lo svolgimento delle analisi e segnalazioni ai fini della prevenzione delle frodi e per conformarsi con gli obblighi di legge e normativi applicabili (a titolo esemplificativo, la normativa in materia di assicurazioni, antiriciclaggio, anticorruzione e fiscale), ivi inclusi i provvedimenti amministrativi e giudiziari nonché disposizioni impartite da autorità e da organi di vigilanza e di controllo (di seguito congiuntamente definite le "**Finalità di Legge**");
- c) Miglioramento servizi, invio di comunicazioni commerciali e trasferimento dati a terzi: previo Suo consenso, in ogni caso revocabile, per migliorare i servizi ed i prodotti del Titolare attraverso lo svolgimento di indagini di mercato, e per informarLa sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di Suo interesse (es. rinnovo di polizze) in relazione a servizi e/o prodotti riconducibili alla "catena assicurativa", contattandola attraverso canali automatizzati (email, SMS, MMS, fax, chiamate senza operatore) e canali tradizionali (telefonate da parte di un operatore o invio postale). Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità di comunicazione commerciale ma relative a prodotti e servizi di terzi, i Dati possono essere – con il Suo previo consenso - comunicati e/o trasferiti ad altri soggetti indicati al successivo paragrafo 5, appartenenti alla "catena assicurativa" che trattano i Dati in qualità di autonomi titolari con l'adozione di adeguate garanzie contrattuali (di seguito congiuntamente definite le "**Finalità di Comunicazione Commerciale**"); e
- d) Operazioni straordinarie ed altre attività: per (i) svolgere attività funzionali a eventuali cessioni d'azienda o di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre operazioni societarie, per effettuare analisi statistiche e analisi di nuovi mercati assicurativi; (ii) prevenire ed individuare possibili frodi assicurative o attività illecite nei limiti in cui il trattamento non sia ricompreso nelle precedenti Finalità di Legge; (iii) per trasferire i Dati ai riasicuratori, per i quali può risultare necessaria la conoscenza dei Dati per dare esecuzione alla prestazione dovuta; (iv) per consentire lo svolgimento di attività di gestione e controllo interno (di seguito congiuntamente definite le "**Finalità di Legittimo Interesse**").

3. Basi legali del Trattamento

Le basi giuridiche su cui si fonda il trattamento dei Dati, per le finalità di cui sopra, sono le seguenti:

- con riferimento alle Finalità Contrattuali, il trattamento si basa sulla necessità di sottoscrivere il contratto tra Lei e il Titolare e dare esecuzione al medesimo contratto. Il conferimento dei Dati per le Finalità Contrattuali è quindi necessario per perseguire dette finalità ed il rifiuto determinerà l'impossibilità per il Titolare di stipulare il contratto e di dare esecuzione allo stesso;
- con riferimento alle Finalità di Legge, il trattamento si basa sulla necessità di adempiere ad un obbligo legale o ordine cui è soggetto il Titolare e pertanto il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in mancanza di essi il Titolare sarà impossibilitata a sottoscrivere il contratto o fornire il prodotto e/o servizio richiesto;
- con riferimento alle Finalità di Comunicazione Commerciale, il trattamento si basa sul Suo consenso specifico in relazione a ciascuna delle singole finalità per le quali è stato raccolto. Tale trattamento è facoltativo e Lei potrà in ogni momento revocare il consenso prestato secondo le modalità indicate al successivo paragrafo 9.
- con riferimento alle Finalità di Legittimo Interesse, il trattamento si basa sul legittimo interesse del Titolare ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. f) del GDPR) alla prevenzione e repressione di eventuali condotte illecite o fraudolente, alla comunicazione dei Dati ai riassicuratori ed allo svolgimento delle operazioni sopra indicate. Il trattamento per le Finalità di Legittimo Interesse non è obbligatorio e Lei potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui alla presente Informativa fermo restando che il Titolare potrà proseguire le attività di trattamento in questione qualora dimostrò l'esistenza di motivi legittimi prevalenti che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Tipologia di Dati trattati e fonti

Per lo svolgimento delle proprie attività il Titolare tratta Dati che La riguardano forniti, in conformità con la normativa in materia di protezione dei dati personali, da Lei e da soggetti terzi quali: (i) altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); (ii) altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, intermediari collocatori di servizi e/o prodotti assicurativi ecc.); (iii) soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali ad esempio una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; (iv) organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo. In particolare, i Dati che il Titolare tratta includono:

- I suoi dati identificativi e di contatto (quali, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo, contatti telefonici, residenza, domicilio) nonché i dati identificativi e di contatto di soggetti da lei identificati come beneficiari nell'ambito della polizza assicurativa o referenti terzi che lei indica al Titolare quale contatto di riferimento in caso di decesso;
- dati economici (quali, ad esempio, i dettagli delle carte di debito, credito e del conto bancario);
- ogni altro dato non appartenente alle categorie di cui ai punti precedenti ma comunque necessario per l'erogazione del servizio richiesto, quale i dettagli dei contratti assicurativi ed a questi afferenti in cui Lei è contraente, assicurato, beneficiario, danneggiato, e dei relativi sinistri.

5. Ambito di comunicazione e diffusione dei Dati

Ambito di circolazione "interna" dei dati - Dati possono essere utilizzati da personale del Titolare cui è stato assegnato uno specifico ruolo ed a cui sono state impartite adeguate istruzioni operative al fine di evitare perdite, distruzione, accessi non autorizzati o trattamenti non consentiti dei dati stessi. I Suoi Dati saranno resi accessibili solo a coloro i quali, all'interno dell'organizzazione aziendale, ne abbiano necessità in ragione della propria mansione o posizione gerarchica.

Ambito di circolazione "esterna" dei dati - Nel rispetto del principio di finalità e minimizzazione, i Suoi Dati possono essere comunicati ai seguenti soggetti terzi:

- per le Finalità Contrattuali, limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e il Titolare, ad: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica; ad agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); a terzi fornitori di servizi di assistenza e consulenza per il Titolare con riferimento alle attività dei settori, a titolo esemplificativo, informatico, contabile, legale, medico, corrispondenza ed archiviazione, gestione e liquidazione sinistri e consulenti tecnici; a organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo;
- per le Finalità di Comunicazione Commerciale, a società specializzate per lo svolgimento di servizi di informazione e promozione commerciale, per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti;
- per la Finalità di Legge, ad autorità ed enti quali IVASS, CONSAP, CONSOB ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni); ad organi di vigilanza e Camere di Commercio; ad altri enti pubblici e alla Pubblica Ammin-

strazione; nonché ad altre imprese di assicurazione, appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo ai fini dell'esecuzione di adempimenti informativi imposti da disposizioni normative o regolamentari o conseguenti alla conclusione o all'esecuzione dei contratti in essere con Lei;

- per le Finalità di Legittimo Interesse, ai riassicuratori, ad associazioni di categoria in genere; ai familiari dell'assicurato e agli aventi causa; a banche, ad agenzie per il recupero dei crediti, a società investigative e a società preposte ad accertamenti patrimoniali o all'acquisizione di informazioni sui debitori; a società del Gruppo societario a cui appartiene il Titolare e soggetti terzi a coinvolti a diverso titolo in cessioni d'azienda o di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni, o altre operazioni societarie che riguardino il Titolare.

Tali destinatari, a seconda dei casi, trattano i Suoi Dati in qualità di autonomi titolari, responsabili o incaricati del trattamento, e a loro volta si sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure conformi alla normativa.

L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei Dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente contattando il Titolare ai recapiti indicati al paragrafo 1.

I Dati non verranno diffusi a soggetti indeterminati o trattati dal Titolare per finalità diverse da quelle indicate nella presente Informativa.

6. Trasferimento dei Dati

Fatto salvo quanto sopra, i Dati potranno essere trasferiti all'interno del territorio comunitario. Tuttavia, laddove, per le finalità sopra indicate, il Titolare avesse necessità di trasferire i Dati fuori dall'Unione europea verso Paesi non considerati adeguati dalla Commissione europea, il Titolare adotterà le misure necessarie a proteggere i Dati, nel rispetto delle garanzie di legge, ai sensi della normativa applicabile e in particolare degli articoli 45 e 46 del GDPR (ad esempio tramite la sottoscrizione delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea e l'adozione delle ulteriori misure richieste dalla normativa applicabile vincolante).

Nel caso in cui Lei desideri ricevere ulteriori informazioni in merito alle garanzie in essere e richiedere una copia delle stesse, puoi contattare il DPO secondo le modalità indicate nella presente Informativa.

7. Modalità del trattamento dei Dati

I dati sono trattati dal Titolare mediante mezzi informatici o comunque automatizzati e in forma cartacea, con modalità e procedure attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei Dati.

8. Conservazione dei Dati

I Suoi Dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguitamento delle finalità descritte nella presente Informativa e per l'espletamento dei conseguenti obblighi di legge. Trascorso tale termine i Suoi dati saranno cancellati e/o distrutti. In particolare, salvo che diverse esigenze di conservazione siano imposte dalla legge, i seguenti periodi di conservazione si applicheranno con riferimento ai trattamenti dei Dati per le finalità riportate di seguito: per le Finalità Contrattuali, di Legittimo Interesse e di Legge, i Dati vengono conservati per un periodo pari alla durata della fornitura del singolo prodotto o servizio richiesto e per i 10 anni successivi. Per le Finalità di Comunicazione Commerciale, i Dati vengono conservati per un periodo di 24 mesi dal momento della cessazione del rapporto contrattuale, fatte salve le limitazioni previste dalla normativa applicabile.

9. Diritti

Ferma restando la possibilità di non conferire i Suoi Dati, fatti salvi gli effetti di cui al precedente paragrafo 3, Lei in ogni momento e gratuitamente, potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di Dati che La riguardano; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le modalità, nonché l'eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato e la logica applicata al trattamento; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se ne ha interesse - l'integrazione dei Dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei Dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) chiedere al Titolare la limitazione del trattamento dei Dati che La riguardano nel caso in cui (1) contesti l'esattezza dei Dati per il periodo necessario al Titolare per verificare l'esattezza di tali Dati; (2) il trattamento è illecito e Lei si oppone alla cancellazione dei Dati e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo; (3) benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i Dati siano necessari per l'accertamento, l'eser-

cizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; (4) si sia opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi diritti e libertà; (vi) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legitimo Interesse; (vii) chiedere la cancellazione dei Dati Personalini che La riguardano senza ingiustificato ritardo; (viii) ottenere la portabilità dei Dati che La riguardano; (ix) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personalini ove ne sussistano i presupposti; e (x) revocare il consenso prestato senza che la revoca pregiudichi la legittimità del trattamento effettuato in precedenza.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 2-terdecies del D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), in caso di decesso i diritti anzidetti riferiti ai Suoi Dati possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio, o agisce a Sua tutela in qualità di Suo mandatario, o per ragioni familiari meritevoli di protezione. Lei può vietare espressamente l'esercizio di alcuni dei diritti sopraelencati da parte degli aventi causa inviando al Titolare una dichiarazione scritta all'indirizzo di posta elettronica indicato sotto. La dichiarazione potrà essere revocata o modificata in seguito nelle medesime modalità.

Le relative richieste di esercizio dei Suoi diritti possono essere inoltrate per iscritto ad Eurovita S.p.A., Privacy via Pampuri 13, 20141 Milano, tel. +39 0257441 fax +39 0257309953 –indirizzo e-mail: privacy@eurovita.it.

10. Modifiche ed aggiornamenti

La presente Informativa è valida sin dalla data di efficacia. Il Titolare potrebbe tuttavia apportare modifiche e/o integrazioni a detta Informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative. Le modifiche saranno notificate in anticipo.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

In caso di prodotti assicurativi intermediati ai singoli aderenti a Polizze Collettive o convenzioni, la presente Informativa viene resa dalla compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa, ai sensi del Provvedimento del Garante Per la Protezione dei Dati Personal del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

AXA FRANCE IARD iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°722 057 460 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso l' 1 Aprile 2003 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00600.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE IARD - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a. finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b. espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c. finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a. Dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- b. dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute a venti ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle

prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- a. l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b. la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personalni, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 - i. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma;*
 - ii. e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
 - iii. fax al numero: *06/696773785*.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsource che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.



Via Frà Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano

COD. TAR. VITA PU1163

MOD. PREPRO ECA ed. 08-22.0