



**Aviva Life S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.aviva.it  
Tel: +39 02 2775.1  
Fax: +39 02 2775.204  
Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it

**CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN1**

**POLIZZA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE IN FORMA COLLETTIVA A PREMIO UNICO  
A CAPITALE DECRESCENTE ABBINATA A PRESTITI PERSONALI RIMBORSABILI  
MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE**

**IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:**

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Informazioni sul trattamento dei dati personali;
- Modulo di Proposta-certificato

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALLA CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL  
MODULO DI PROPOSTA-CERTIFICATO**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

## 1. NOTA INFORMATIVA

### CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN1

**Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione.**

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

Aviva Life S.p.A., Compagnia del Gruppo Aviva, ha sede legale e direzione generale in Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano – Italia.

Numero di telefono: 02/27751 - sito internet: [www.aviva.it](http://www.aviva.it) -

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: [assunzione\\_vita@aviva.com](mailto:assunzione_vita@aviva.com)
- per informazioni relative alle liquidazioni: [liquidazioni\\_vita@aviva.com](mailto:liquidazioni_vita@aviva.com).

Aviva Life S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale N. 19305 del 31/3/1992. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006.

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Life S.p.A. è pari ad Euro 34.224.433,00 di cui il Capitale Sociale ammonta ad Euro 25.480.080,00 e le Riserve patrimoniali ad Euro 8.744.353,00.

L'Indice di Solvibilità dell'Impresa riferito alla gestione vita è pari a 169,54%.

L'indice di solvibilità dell'Impresa di Assicurazione rappresenta il rapporto tra l'ammontare del Margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del Margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

### 3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

La presente Polizza è un'assicurazione collettiva che la Contraente stipula con l'Impresa di Assicurazione. Oggetto della presente Polizza collettiva è la corresponsione di un capitale al Beneficiario in caso di decesso di un Assicurato, che abbia contratto un Prestito con la Contraente, estinguibile mediante cessione di quote della pensione **(prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni)**.

La Polizza garantisce esclusivamente i Prestiti, erogati dalla Contraente a Pensionati che, nell'ambito della presente Polizza collettiva, assumono la figura di Assicurati, per i quali la Contraente stessa abbia chiesto l'inserimento in Polizza.

Le prestazioni indicate di seguito sono operanti, per ogni singolo Assicurato per tutta la Durata della copertura assicurativa che coincide con la Durata del relativo contratto di Prestito, nel limite minimo di 24 mesi e massimo di 120 mesi.

Più precisamente la Polizza Collettiva presuppone:

- un unico Contraente (Ente finanziatore che eroga il Prestito e che ha stipulato con l'Impresa di Assicurazione la Polizza collettiva stessa), un'unica Polizza collettiva e tante coperture assicurative per quanti sono i clienti della Contraente intestatari di Prestiti per i quali la Contraente chiede l'inserimento in Polizza;
- per ogni Assicurato – cui corrisponderà una singola posizione individuale nell'ambito della Polizza collettiva – la prestazione iniziale assicurata è pari all'importo del Prestito erogato nel rispetto, comunque, del limite massimo fissato in Euro 80.000,00; l'Impresa anche in presenza di più contratti sottoscritti sul medesimo Assicurato, risponderà in ogni caso fino all'ammontare complessivo massimo sopra riportato.

La Polizza collettiva prevede la seguente prestazione assicurativa:

### **Prestazione in caso di Decesso**

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata della copertura assicurativa e comunque entro il 90° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa), l'Impresa di Assicurazione liquida al Beneficiario, con le modalità ed i tempi di cui all'Art. 14 "PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione, il Capitale assicurato calcolato al momento del decesso, fatte salve le limitazioni previste all'art. 12 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

In deroga all'articolo 1927 del Codice Civile, la presente Polizza opera anche in caso di suicidio dell'Assicurato.

Il Capitale assicurato corrisponde al Debito residuo calcolato alla data del verificarsi del decesso dell'Assicurato.

Per Debito residuo si intende la quota di montante lordo non corrisposto dal Mutuatario (Assicurato) calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. In particolare, ai fini dello sviluppo del Conteggio estintivo, si terrà conto: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già corrisposte, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato nonché di tutti i Costi Up-front e Recurring (costi fissi e ricorrenti), precisati nel contratto di Prestito.

Per montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.

Per la determinazione del Debito residuo tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

La garanzia è prestata dall'Impresa di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell'Art. 4 "PRESTAZIONE ASSICURATA E IMPORTO MASSIMO ASSICURABILE" delle Condizioni di Assicurazione.

**In ogni caso il Capitale massimo complessivo assicurabile su un medesimo Assicurato con la presente Polizza collettiva è stabilito in Euro 80.000,00 indipendentemente dal numero e dall'ammontare effettivo dei Prestiti personali sottoscritti dal singolo Assicurato stesso.**

**La presente garanzia viene prestata:**

- **senza limiti territoriali salvo le limitazioni previste all'Art. 12 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione;**
- **per Assicurati di età compresa tra 18 anni (età anagrafica) e 88 anni (età assicurativa) calcolata alla data di decorrenza indicata dalla Contraente e che alla data di scadenza del Prestito stesso non risultino di età superiore a 90 anni (età assicurativa);**
- **nel rispetto dei criteri di assicurabilità di cui al successivo Art. 8 "MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DELLA POLIZZA".**

**L'Impresa effettuerà alla fine di ogni annualità assicurativa un'analisi sulla totalità degli Assicurati inseriti in Polizza dalla Contraente (analisi di portafoglio); qualora uno dei seguenti parametri fosse superato:**

<b>Età media dell'Assicurato all'ingresso</b>	<b>70 anni</b>
<b>Durata media del contratto di Prestito</b>	<b>116 mesi</b>
<b>Tasso d'interesse medio (TAN)</b>	<b>10%</b>

**l'Impresa si riserva la facoltà, previa comunicazione, di modificare sia le condizioni di Polizza sia le tariffe.**

**Tali modifiche avranno effetto a decorrere dal trentesimo giorno successivo alla data di comunicazione inviata dell'Impresa e solo per le nuove coperture richieste.**

#### **4. PREMIO UNICO**

Le prestazioni assicurate di cui alla presente Polizza collettiva sono garantite previo pagamento all'Impresa di Assicurazione di un Premio unico da parte della Contraente.

La determinazione del Premio per ogni Assicurato avviene applicando i tassi di premio – differenziati in base all'età dell'Assicurato ed alla durata della Copertura assicurativa riportati nell'Allegato A alle Condizioni di Assicurazione - all'importo totale del Prestito richiesto, secondo la seguente formula:

$$\text{Importo del Prestito} * \text{tasso di premio}/1000.$$

La Polizza è soggetta a regolazione mensile. Il premio mensile di regolazione sarà determinato tenendo conto della somma dei Premi Unici dovuti relativi alle posizioni inerenti i Prestiti erogati nel mese precedente, al netto degli storni e dei rimborsi relativi al medesimo periodo.

Tale Premio viene versato dalla Contraente all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Broker, mediante bonifico bancario secondo quanto previsto all'Art. 13 "CALCOLO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO" delle Condizioni di Assicurazione.

**L'inesatta indicazione dei dati anagrafici degli Assicurati comporta la rettifica, in base ai dati reali, dei premi dovuti all'Impresa.**

**Non è ammesso in nessun caso il pagamento dei premi in contanti.**

**In caso di anticipata estinzione del contratto di Prestito non successiva alla liquidazione della prestazione per decesso dell'Assicurato nonché in caso di recesso dell'Assicurato dal contratto di Prestito, la copertura assicurativa cesserà a partire dalla data di anticipata estinzione/recesso dell'Assicurato e l'Impresa di Assicurazione restituirà alla Contraente la parte di Premio corrispondente al periodo residuo non goduto, al netto dei costi di acquisizione e gestione nella misura del 10%.**

Per maggiori dettagli si rimanda alla lettura dell'Art. 8 "ANTICIPATA ESTINZIONE DEL PRESTITO" delle Condizioni di Assicurazione.

### **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**

#### **5. COSTI**

##### 5.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

##### 5.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

**COSTO PERCENTUALE:** il costo trattenuto dall'Impresa di Assicurazione a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nei tassi di Premio, determinato in funzione della durata contrattuale è pari alle seguenti percentuali :

<b>DURATA CONTRATTUALE</b>	<b>COSTO %</b>
fino a 7 anni	12,5%
Superiore a 7 anni	10%

Il costo è calcolato sul Premio unico versato relativo a ciascuna posizione assicurativa, a sua volta calcolato secondo quanto riportato al Punto 4 "PREMIO UNICO" che precede.

\*\*\*

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dall'intermediario con riferimento al costo percentuale gravante sul premio:

<b>QUOTA-PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO</b>
5%

## **6. SCONTI**

**Non sono previsti sconti.**

## **7. REGIME FISCALE**

### **7.1 IMPOSTE SUI PREMI**

I premi versati per le Assicurazioni sulla Vita non sono soggetti ad imposta.

### **7.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI**

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

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

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

### **7.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE**

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

### **7.4 DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

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

Ciò significa, in particolare, che le somme dovute a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

### **7.5 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

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

**Nel caso specifico del presente contratto, in considerazione della finalità da cui esso discende e della sua natura di Polizza collettiva, si fa presente che la disciplina sopra riportata va coordinata con altre disposizioni fiscali (deducibilità dal reddito d'impresa, imposizione fiscale per le persone fisiche) la cui applicazione dipenderà da una serie di elementi quali la fonte istitutiva della copertura assicurativa e la natura del rapporto fra il Contraente e gli Assicurati.**

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

## **8. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DELLA POLIZZA**

### **8.1 CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

La Polizza è conclusa nel momento in cui la Contraente sottoscrive la Proposta-certificato e produce i propri effetti dalla Data di decorrenza pattuita e indicata nella stessa.

La Polizza collettiva ha una durata annuale e si rinnoverà tacitamente alla scadenza per un uguale periodo, salvo disdetta di una della Parti da inviare a mezzo raccomandata A.R. con preavviso non inferiore a tre mesi.

### **8.2 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La durata della Copertura assicurativa per ogni singolo Assicurato, espressa in mesi interi, coincide con la durata del relativo contratto di Prestito, nel limite minimo di 24 mesi e massimo di 120 mesi. La durata della Copertura assicurativa potrà essere prolungata fino ad un massimo di cinquecentoquarantacinque (545) giorni rispetto alla durata del contratto di Prestito inizialmente pattuita relativa al piano di ammortamento originario, per effetto di variazioni di decorrenza e/o variazioni della prestazione pensionistica che determinano riduzioni o sospensioni della rata di cessione del quinto della pensione (periodo di accodamento).

In relazione ad ogni Assicurato inserito in Polizza, la Copertura assicurativa prevista dalla presente Polizza si intende operante – con le limitazioni di cui all'Art. 12 "ESCLUSIONI" delle Condizioni di Assicurazione - e decorre dalle ore 00.00 del giorno di erogazione del Prestito a condizione che:

- la Contraente abbia regolarmente chiesto l'inserimento in Polizza dell'Assicurato e inviato i relativi dati tramite flusso informatico utilizzando il tracciato condiviso con l'Impresa;
- la Contraente sia in possesso dell'originale, debitamente sottoscritto dall'Assicurato della seguente documentazione: "**Consenso**" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile, "**Dichiarazione di buono stato di salute**" dello stesso nonché del "**Modulo di trattamento dei dati personali**";
- la Contraente sia in possesso di copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- l'Impresa abbia emesso apposito attestato di copertura relativo al singolo Assicurato;
- la Contraente abbia effettivamente erogato il Prestito;
- qualora l'Assicurato non abbia sottoscritto la "Dichiarazione di buono stato di salute", l'Impresa abbia fornito – previa valutazione del "**Rapporto di visita medica**" debitamente compilato dal medico curante dell'Assicurato – parere favorevole all'assunzione del rischio;
- la Contraente provveda alla corresponsione del relativo premio entro i termini pattuiti di cui al successivo Art. 13 "CALCOLO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO".

In ogni caso per ciascun Assicurato, l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purchè l'erogazione del Prestito avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza indicata dalla Contraente. Se l'erogazione del Prestito fosse successiva al termine sopraindicato, la Contraente sarebbe tenuta a far ripetere all'Assicurato le formalità di ammissione alla Polizza.

Per maggiori dettagli relativi alla data di decorrenza della Polizza collettiva e all'efficacia della Copertura Assicurativa si rimanda alla lettura degli Artt. 6 "CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA COLLETTIVA" e 7 "DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.

### **8.3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ**

Può essere inserita in Polizza ciascuna persona fisica:

- residente in Italia;
- che sottoscriva un Contratto di Prestito - successivamente alla data di decorrenza della presente Polizza collettiva - avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" delle condizioni di assicurazione e al precedente Art. 3 "Prestazioni assicurative e garanzie offerte";

- la cui età sia compresa tra 18 anni (età anagrafica) e 88 anni (età assicurativa) calcolata alla data di decorrenza e che alla data di scadenza del Prestito non risulti di età superiore a 90 anni (età assicurativa).

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero quella superiore o uguale a sei mesi.

## **9. CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- **decesso dell'Assicurato;**
- **esercizio del diritto di recesso da parte della Contraente;**
- **recesso dell'Assicurato dal contratto di Prestito;**
- **anticipata estinzione del Prestito;**
- **naturale scadenza del contratto di Prestito.**

In caso di anticipata estinzione del Prestito nonché in caso di recesso dell'Assicurato dal Contratto di Prestito non successivi alla liquidazione della prestazione assicurata per decesso dell'Assicurato, la Contraente dovrà inviare all'Impresa di Assicurazione una comunicazione circa l'estinzione del Prestito stesso; la Copertura assicurativa si estinguerà e l'Impresa di Assicurazione procederà al rimborso del premio pagato e non goduto in virtù della cessazione anticipata rispetto alla scadenza del contratto di Prestito, secondo quanto previsto dall'Art. 8 "ANTICIPATA ESTINZIONE DEL PRESTITO" delle Condizioni di Assicurazione.

Per maggiori dettagli relativi alla risoluzione della Copertura assicurativa si rimanda alla lettura dell'Art. 7 "DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" e dell'Art. 8 "ANTICIPATA ESTINZIONE DEL PRESTITO" delle Condizioni di Assicurazione.

## **10. RISCATTO, RIDUZIONE E PRESTITI**

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

## **11. DIRITTO DI RECESSO**

La Contraente può recedere dalla Polizza collettiva entro 30 giorni dalla Data di conclusione della stessa inviando apposita comunicazione all'Impresa di Assicurazione al seguente indirizzo:

*Aviva Life S.p.A.*

*Via A. Scarsellini 14*

*20161 Milano.*

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato alla Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

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

### **12.1 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

I decessi devono essere denunciati dalla Contraente entro 60 giorni dalla data in cui la Contraente ne viene a conoscenza.

L'Impresa di Assicurazione esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 60 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.

Per maggiori dettagli in merito alla documentazione da consegnare all'Impresa di Assicurazione, necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento ed a individuare gli aventi diritto, si rimanda allo specifico Art. 14 "PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE" delle Condizioni di Assicurazione.

### **12.2 PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, in base alla Legge

n. 266 del 23/12/2005 e successive modifiche ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

### **13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

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

### **14. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Contratto di Assicurazione, ogni documento ad esso allegato nonché tutte le comunicazioni in corso di Contratto di Assicurazione sono redatti in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

### **15. RECLAMI**

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

Aviva Life S.p.A.  
Via A. Scarsellini n. 14 - 20161 Milano  
telefax 02 2775 245  
[reclami\\_vita@aviva.com](mailto:reclami_vita@aviva.com).

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

IVASS  
Via del Quirinale 21 - 00187 Roma  
Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

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

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

### **16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO**

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

Per l'aggiornamento dei dati relativi alla situazione patrimoniale dell'Impresa di cui al punto 2. "INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA" si rimanda al sito internet dell'Impresa all'indirizzo [www.aviva.it](http://www.aviva.it).

Inoltre, sempre sul sito [www.aviva.it](http://www.aviva.it), è disponibile un'Area Clienti che offre la possibilità al Contraente di controllare la propria posizione relativa al presente Contratto.

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



Tramite l'Area Clienti la Contraente può consultare ad esempio le Condizioni di Assicurazione, la prestazione assicurata, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

## **17. COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

Le comunicazioni della Contraente possono essere fatte pervenire oltre che direttamente all'Impresa, anche al Soggetto Incaricato presso cui è appoggiato il Contratto.

## **18. CONFLITTO DI INTERESSI**

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

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

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

Aviva Life S.p.A., Impresa che commercializza il presente Contratto, fa capo al Gruppo inglese Aviva Plc, è controllata al 100 per cento da Aviva Italia Holding S.p.A..

Il prodotto viene distribuito da B&S italia s.p.a., Broker assicurativo indipendente dal Gruppo Aviva.

Nell'ambito di tali rapporti ed in applicazione della procedura sopra descritta, non sono state individuate situazioni passibili di conflitto di interesse.

In ogni caso l'Impresa opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

\* \* \* \*

***Aviva Life S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.***

***Il Rappresentante Legale  
PATRICK DIXNEUF***



Data ultimo aggiornamento: 30 settembre 2015

## 2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN1

**Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della Pensione.**

#### ART. 1 OGGETTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA

La presente Polizza è un'assicurazione collettiva che la Contraente stipula con l'Impresa di Assicurazione Aviva Life S.p.A..

Oggetto della presente Polizza collettiva è la corresponsione di un capitale al Beneficiario in caso di decesso di un Assicurato, che abbia contratto un Prestito con la Contraente, **estinguibile mediante cessione di quote della pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni).**

La polizza garantisce esclusivamente i prestiti di durata minima di 24 mesi e massima di 120 mesi, erogati dalla Contraente a Pensionati, che nell'ambito della presente Collettiva assumono la figura di Assicurati, per i quali la Contraente stessa abbia chiesto l'inserimento in Polizza.

A fronte della presente Polizza l'Impresa di Assicurazione garantisce al Beneficiario, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione di un importo pari al Debito residuo – come definito al successivo Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" - calcolato alla data del decesso dell'Assicurato stesso.

La garanzia è prestata dall'Impresa di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

#### ART. 2 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi dell'Impresa di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza collettiva e relativi allegati, dalla Proposta-certificato sottoscritta dalla Contraente, dal consenso rilasciato ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile dall'Assicurato, dall'Attestato di copertura emesso dall'Impresa nonché dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa di Assicurazione stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla Polizza valgono le norme di legge applicabili.

#### ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Può essere inserita in Polizza ciascuna persona fisica:

- residente in Italia;
- che sottoscriva un contratto di Prestito - successivamente alla data di decorrenza della presente Polizza collettiva - avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" che segue;
- la cui età sia compresa tra 18 anni (età anagrafica) e 88 anni (età assicurativa) calcolata alla data di decorrenza indicata dalla Contraente e che alla data di scadenza del Prestito stesso non risulti di età superiore a 90 anni (età assicurativa).

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero quella superiore o uguale a sei mesi.

#### ART. 4 PRESTAZIONE ASSICURATA E IMPORTO MASSIMO ASSICURABILE

In caso di decesso dell'Assicurato verificatosi nel corso della Durata della copertura assicurativa e comunque entro il 90° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa), dovuto a qualsiasi causa e senza limiti territoriali, l'Impresa liquiderà al Beneficiario in un'unica soluzione il Capitale assicurato calcolato al momento del decesso, fatte salve le limitazioni previste al successivo Art. 12 "Esclusioni".

In deroga all'articolo 1927 del Codice Civile, la presente Polizza opera anche in caso di suicidio dell'Assicurato.

Il Capitale assicurato corrisponde al Debito residuo calcolato alla data del verificarsi del decesso dell'Assicurato.

Per Debito residuo si intende la quota di montante lordo non corrisposto dal Mutuatario (Assicurato) calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. In particolare, ai fini dello sviluppo del Conteggio estintivo, si terrà conto: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già corrisposte, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato nonché di tutti i Costi Up-Front e Recurring (costi fissi e ricorrenti), precisati nel contratto di Prestito. Per montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.

Per la determinazione del Debito residuo tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

Il Capitale massimo assicurabile su un medesimo Assicurato con la presente Polizza collettiva è stabilito in Euro 80.000,00 indipendentemente dal numero e dall'ammontare effettivo dei Prestiti personali sottoscritti dal singolo Assicurato stesso; l'Impresa, anche in presenza di più contratti sottoscritti sul medesimo Assicurato, risponderà in ogni caso fino all'ammontare complessivo massimo sopra riportato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione e il Premio versato resta acquisito da quest'ultima.

L'Impresa effettuerà alla fine di ogni annualità assicurativa un'analisi sulla totalità degli Assicurati inseriti in Polizza dalla Contraente (analisi di portafoglio); qualora uno dei seguenti parametri fosse superato:

Età media dell'Assicurato all'ingresso	70 anni
Durata media del contratto di Prestito	116 mesi
Tasso d'interesse medio (TAN)	10%

l'Impresa si riserva la facoltà, previa comunicazione, di modificare sia le condizioni di Polizza sia le tariffe.

Tali modifiche avranno effetto a decorrere dal trentesimo giorno dalla data di comunicazione inviata dall'Impresa e solo per le nuove coperture richieste.

#### **ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della prestazione assicurata, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **ART. 6 CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

La Polizza è conclusa nel momento in cui la Contraente sottoscrive la Proposta-certificato e produce i propri effetti dalla Data di decorrenza pattuita e indicata nella stessa.

La Polizza ha una durata annuale e si rinnoverà tacitamente alla scadenza per un uguale periodo, salvo disdetta di una della Parti inviata a mezzo raccomandata A.R. con preavviso non inferiore a tre mesi.

In caso di disdetta della Polizza collettiva le coperture assicurative rimangono in vigore - per tutti gli Assicurati per i quali la Contraente ha provveduto alla corresponsione del relativo premio – fino alla scadenza pattuita.

In caso di disdetta, la Contraente avrà inoltre la possibilità, nei trenta giorni successivi alla scadenza della Polizza, di includere gli Assicurati che abbiano sottoscritto una proposta di Prestito prima di tale scadenza.

#### **ART. 7 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La durata della Copertura assicurativa per ogni singolo Assicurato, espressa in mesi interi, coincide con la durata del relativo contratto di Prestito, nel limite minimo di 24 mesi e massimo di 120 mesi.

La Copertura assicurativa per ogni Assicurato inserito in Polizza decorre dalle ore 00.00 del giorno di erogazione del Prestito a condizione che:

- la Contraente abbia regolarmente chiesto l'inserimento in Polizza dell'Assicurato e inviato i relativi dati tramite flusso informatico utilizzando il tracciato condiviso con l'Impresa;

- la Contraente sia in possesso dell'originale, debitamente sottoscritto dall'Assicurato: del **"Consenso"** dell'Assicurato stesso alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile, della **"Dichiarazione di buono stato di salute"** dello stesso nonché del **"Modulo di trattamento dei dati personali"**;
- la Contraente sia in possesso di copia di un documento d'identità dell'Assicurato in corso di validità;
- l'Impresa abbia emesso apposito Attestato di copertura relativo al singolo Assicurato;
- la Contraente abbia effettivamente erogato il Prestito;
- qualora l'Assicurato non abbia sottoscritto la "Dichiarazione di buono stato di salute", l'Impresa abbia fornito - previa valutazione del **"Rapporto di visita medica"** debitamente compilato dal medico curante dell'Assicurato - parere favorevole all'assunzione del rischio;
- la Contraente provveda alla corresponsione del relativo premio entro i termini pattuiti di cui al successivo Art. 13 "Calcolo, pagamento e regolazione del Premio".

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Prestito avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza inizialmente indicata dalla Contraente. Se l'erogazione del Prestito fosse successiva al termine sopraindicato, la Contraente sarebbe tenuta a far ripetere all'Assicurato le formalità di ammissione alla Polizza.

La copertura assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- **decesso dell'Assicurato;**
- **esercizio del diritto di Recesso da parte della Contraente;**
- **recesso dell'Assicurato dal Contratto di Prestito;**
- **anticipata estinzione del Prestito;**
- **naturale scadenza del contratto di Prestito.**

La Durata della copertura assicurativa potrà essere prolungata fino ad un massimo di cinquecentoquarantacinque (545) giorni rispetto alla durata del contratto di Prestito inizialmente pattuita relativa al piano di ammortamento originario, per effetto di variazioni di decorrenza e/o variazioni della prestazione pensionistica che determinano riduzioni o sospensioni della rata di cessione del quinto della pensione (periodo di accodamento); l'Impresa non richiederà alcuna integrazione del premio unico versato dalla Contraente per la singola posizione e la copertura assicurativa resterà commisurata per la prestazione al Debito residuo in vigore.

#### **ART. 8 ANTICIPATA ESTINZIONE DEL PRESTITO**

In caso di anticipata estinzione del contratto di Prestito non successiva alla liquidazione della prestazione per decesso dell'Assicurato nonché in caso di recesso dell'Assicurato dal contratto di Prestito, la Copertura Assicurativa cessa a partire dalla data di anticipata estinzione /recesso dell'Assicurato.

La Contraente deve inviare all'Impresa comunicazione dell'anticipata estinzione del Prestito o del recesso dell'Assicurato nei termini e secondo le modalità riportate al successivo Art. 9 "Modalità di inclusione ed esclusione degli Assicurati".

A seguito dell'anticipata estinzione del Prestito o del recesso dell'Assicurato, l'Impresa provvederà al rimborso alla Contraente della parte di Premio pagato e non goduto relativo alla posizione assicurativa estinta, calcolato al netto dei costi di acquisizione e gestione pari al 10% del Premio unico corrisposto, secondo la seguente formula di calcolo:

$$PUR = PUA * (1 - 10\%) : PA \times PAng$$

Dove

- PUR = Premio unico di rimborso
- PUA = Premio imponibile unico calcolato in base alla durata del contratto di Prestito
- PA = Periodo della garanzia assicurativa (in mesi)
- PAng = Periodo della garanzia assicurativa non goduta (in mesi).

## **ART. 9 MODALITA' DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSICURATI**

La Contraente comunica all'Impresa, utilizzando apposito tracciato condiviso con la stessa, l'elenco degli Assicurati da includere nella presente Polizza; l'Impresa, in riscontro alle comunicazioni della Contraente, emette i relativi Attestati di copertura di cui all'Allegato D.

Al momento dell'inclusione di ogni singolo Assicurato, la Contraente deve essere in possesso della seguente documentazione:

- copia di un documento d'identità dell'Assicurato in corso di validità;
- "Consenso" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita rilasciato ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile di cui all' Allegato B
- la "**Dichiarazione di buono stato di salute**" dello stesso di cui all' Allegato C nonché il "**Modulo di trattamento dei dati personali**" di cui all'Allegato E.

Qualora l'Assicurato non sottoscriva la "Dichiarazione di buono stato di salute", per poter inserire in copertura tale Assicurato, la Contraente dovrà richiedere allo stesso di sottoporsi ad una visita medica con costi a carico dell'Assicurato stesso e presentare il "**Rapporto di visita medica**" di cui all'Allegato G regolarmente sottoscritto dal medico curante dell'Assicurato stesso. Il Rapporto di visita medica dovrà essere trasmesso all'Impresa la quale autorizzerà l'inserimento dell'Assicurato in Polizza o comunicherà l'impossibilità di tale inserimento.

Entro il giorno 5 di ogni mese la Contraente comunica al Broker mediante flusso informatico, l'elenco degli Assicurati ai quali è stato erogato il Prestito nel corso del mese precedente e si impegna, per le relative coperture assicurative, alla corresponsione del premio dovuto e, contestualmente, provvede alla comunicazione degli Assicurati per i quali la copertura è cessata nel mese precedente.

Le comunicazioni relative all'attivazione/cessazione delle coperture assicurative saranno trasmesse dalla Contraente secondo le modalità e nel rispetto dei tempi concordati tra le parti.

## **ART.10 BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA**

Il Beneficiario della Prestazione Assicurata è la Contraente della Polizza collettiva.

## **ART. 11 DIRITTO DI RECESSO**

La Contraente può recedere dalla presente Polizza collettiva entro 30 giorni dalla data di conclusione della stessa inviando apposita comunicazione all'Impresa al seguente indirizzo:

*Aviva Life S.p.A.*

*Via A. Scarsellini 14*

*20161 Milano.*

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato alla Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

## **ART. 12 ESCLUSIONI**

Le prestazioni assicurate di cui al precedente Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura Assicurativa ad esclusione dei seguenti casi:

- dolo della Contraente e/o dei suoi Dipendenti;
- se la Contraente o i suoi Dipendenti non sono autorizzati a svolgere la propria attività ai sensi di legge;
- qualora i Contratti di Prestito siano stipulati a fronte di cessioni di quote di pensione non consentite dalla Legge 180 del 1950 e successive modifiche ed integrazioni;
- quando la documentazione o parte di essa risulti falsa o falsificata;
- quando le firme apposte sui documenti contrattuali (finanziari e/o assicurativi) risultino apocrife;
- mancata erogazione del Prestito;
- invalidità, inefficacia o inesistenza del contratto di Prestito.

### **ART. 13 CALCOLO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento all'Impresa di Assicurazione di un Premio unico da parte della Contraente.

La determinazione del Premio per ogni Assicurato avviene applicando i tassi di premio riportati nell'Allegato A – differenziati in base all'età dell'Assicurato calcolata alla data di decorrenza indicata nell'attestato ed alla Durata della Copertura assicurativa - all'importo totale del Prestito richiesto, secondo la seguente formula:

$$\text{Importo del Prestito} * \text{tasso di premio}/1000.$$

La Polizza è soggetta a regolazione mensile. Il premio mensile di regolazione sarà determinato tendendo conto della somma dei Premi Unici dovuti relativi alle posizioni inerenti i Prestiti erogati nel mese precedente, al netto degli storni e dei rimborsi relativi al medesimo periodo.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici degli Assicurati comporta la rettifica, in base ai dati reali, dei premi dovuti all'Impresa.

I premi previsti dalla presente Polizza dovranno essere versati dalla Contraente al Broker entro la fine del mese di richiesta del pagamento mediante bonifico bancario. Qualora la Contraente non dovesse versare i Premi di regolazione nei termini stabiliti, l'Impresa si riserva il diritto di interrompere l'inclusione in Polizza di nuovi Assicurati.

In caso di decesso dell'Assicurato, a condizione che l'Impresa abbia erogato la prestazione, il Premio Unico si considererà totalmente acquisito dall'Impresa stessa che non sarà tenuta ad alcun rimborso.

### **ART. 14 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

Per tutti i pagamenti dell'Impresa di Assicurazione debbono essere preventivamente consegnati alla stessa – da parte della Contraente - i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

I decessi devono essere denunciati entro 60 giorni dalla data in cui la Contraente ne viene a conoscenza. La Contraente per ottenere il pagamento della prestazione dovrà inviare all'Impresa, per il tramite del Broker, la "scheda notifica sinistro" di cui all'Allegato F compilata e completa di tutta la documentazione in essa indicata.

L'Impresa di Assicurazione provvederà ad effettuare il pagamento nei confronti del Beneficiario della prestazione garantita dal Contratto di assicurazione entro 60 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione di seguito elencata; decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali a favore del Beneficiario. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nella "Scheda notifica sinistro".

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata dalla seguente documentazione:

- Copia del contratto di Prestito;
- "Consenso" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita e della "Dichiarazione di buono stato di salute" o eventuale Rapporto di Visita Medica;
- Conteggio estintivo del Prestito;
- Estratto di morte o atto integrale di morte o certificato di morte;
- Comunicazione di quota cedibile;
- Autorizzazione dell'Impresa all'inserimento in Polizza dell'Assicurato (solo per i rischi soggetti al "Rapporto di Visita medica")
- Coordinate bancarie, complete di codice IBAN e intestatario della Banca Beneficiaria.

### **ART. 15 VINCOLO**

La Contraente può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace soltanto quando l'Impresa, a seguito di comunicazione scritta della Contraente, provveda a prenderne atto con l'emissione di specifica

appendice. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto della vincolataria.

#### **ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI**

Eventuali imposte relative alla presente Polizza sono a carico della Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla Polizza verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

#### **ART. 17 LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE**

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

#### **ART. 18 PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione. Le Imprese di Assicurazione, in base alla Legge n. 266 del 23/12/2005 e successive modifiche ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

#### **ART. 19 MODIFICHE STABILITE DALL'AUTORITA' DI CONTROLLO**

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni derivanti da disposizioni dell'Autorità di controllo trovano automatica applicazione fin dalla data stabilita dall'Autorità stessa.

#### **ART. 20 GESTIONE DELLA POLIZZA – COMUNICAZIONI**

**Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le B&S italia spa, impresa iscritta con numero B000052429 al RUI (Registro Unico Intermediari Assicurativi e Riassicurativi) la quale agisce in qualità di Broker ai sensi del Decreto Legislativo 07/09/05 n° 209 "Codice delle assicurazioni private".**

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti il presente contratto potranno essere svolti per conto del Contraente dal Broker di cui sopra il quale tratterà con l'Impresa.

Tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione della presente assicurazione, ivi comprese quelle relative al recesso ed alle disdette nonché quelle relative agli atti interruttivi della prescrizione, debbono essere trasmesse, dal Contraente all'Impresa e viceversa, direttamente o tramite il Broker designato.

Resta confermata l'efficacia liberatoria per la Contraente, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento del premio effettuato al medesimo Broker.

Allegati:

- Allegato A: Tassi
- Allegato B: Consenso dell'Assicurato
- Allegato C: Dichiarazione di buono stato di salute
- Allegato D: Attestato di Copertura
- Allegato E: Modulo di trattamento dei dati personali
- Allegato F: Scheda notifica sinistro (decesso)
- Allegato G: Rapporto di visita medica

**Tassi**

CQP – TARIFFA TCM									
Tassi (‰) da applicare al montante lordo del prestito									
Durata Età	24	36	48	60	72	84	96	108	120
18	0.70	0.96	1.24	1.53	1.82	2.13	2.37	2.68	2.98
19	0.75	1.03	1.32	1.61	1.92	2.23	2.47	2.78	3.09
20	0.79	1.08	1.37	1.68	1.98	2.29	2.54	2.85	3.15
21	0.83	1.12	1.42	1.73	2.03	2.35	2.59	2.89	3.20
22	0.85	1.15	1.45	1.75	2.06	2.37	2.61	2.92	3.23
23	0.86	1.16	1.46	1.76	2.07	2.38	2.62	2.92	3.24
24	0.87	1.17	1.47	1.77	2.08	2.39	2.62	2.94	3.26
25	0.86	1.16	1.46	1.76	2.06	2.37	2.62	2.93	3.27
26	0.85	1.15	1.45	1.75	2.05	2.37	2.62	2.95	3.30
27	0.86	1.15	1.45	1.75	2.06	2.39	2.65	2.99	3.35
28	0.85	1.14	1.44	1.75	2.08	2.41	2.69	3.05	3.43
29	0.84	1.14	1.45	1.77	2.11	2.46	2.76	3.13	3.53
30	0.86	1.17	1.49	1.83	2.18	2.56	2.86	3.26	3.68
31	0.88	1.20	1.54	1.90	2.27	2.66	2.99	3.41	3.86
32	0.92	1.26	1.62	1.99	2.39	2.80	3.15	3.59	4.07
33	0.97	1.33	1.71	2.10	2.52	2.96	3.33	3.81	4.32
34	1.03	1.41	1.80	2.22	2.66	3.13	3.53	4.04	4.59
35	1.08	1.47	1.89	2.33	2.80	3.30	3.73	4.29	4.88
36	1.13	1.55	2.00	2.47	2.98	3.52	3.98	4.58	5.23
37	1.19	1.64	2.12	2.63	3.18	3.76	4.26	4.91	5.62
38	1.28	1.76	2.28	2.83	3.42	4.05	4.60	5.31	6.08
39	1.38	1.89	2.45	3.04	3.68	4.37	4.97	5.76	6.60
40	1.48	2.04	2.64	3.29	3.99	4.74	5.40	6.26	7.18
41	1.59	2.19	2.85	3.56	4.32	5.15	5.88	6.82	7.83
42	1.72	2.39	3.11	3.88	4.73	5.64	6.43	7.46	8.48
43	1.87	2.61	3.40	4.25	5.18	6.17	7.04	8.08	9.13
44	2.07	2.87	3.74	4.68	5.69	6.78	7.63	8.70	9.81
45	2.26	3.15	4.10	5.13	6.24	7.32	8.18	9.29	10.46
46	2.49	3.46	4.50	5.62	6.71	7.80	8.70	9.87	11.12
47	2.75	3.81	4.95	6.02	7.11	8.26	9.20	10.45	11.78
48	2.99	4.15	5.21	6.29	7.43	8.64	9.65	10.99	12.44
49	3.28	4.30	5.36	6.48	7.69	8.98	10.08	11.55	13.14
50	3.23	4.25	5.37	6.57	7.87	9.28	10.50	12.12	13.88
51	2.86	4.01	5.24	6.56	7.99	9.54	10.92	12.71	14.66
52	3.20	4.45	5.80	7.25	8.83	10.55	12.08	14.06	16.19
53	3.57	4.93	6.40	8.02	9.77	11.68	13.37	15.54	17.87
54	3.85	5.35	6.99	8.78	10.73	12.84	14.69	17.07	19.60



55	4.23	5.91	7.73	9.72	11.88	14.19	16.21	18.79	21.56
56	4.71	6.57	8.61	10.81	13.16	15.69	17.87	20.68	23.71
57	5.26	7.35	9.59	11.98	14.55	17.29	19.66	22.74	26.07
58	5.84	8.13	10.56	13.17	15.95	18.93	21.53	24.92	28.60
59	6.50	8.97	11.62	14.43	17.46	20.73	23.60	27.34	31.38
60	7.04	9.72	12.57	15.64	18.97	22.57	25.76	29.88	34.34
61	7.63	10.53	13.64	17.02	20.70	24.69	28.21	32.76	37.70
62	8.28	11.44	14.89	18.64	22.71	27.12	31.01	36.05	41.35
63	8.98	12.50	16.34	20.50	25.01	29.88	34.20	39.60	45.34
64	9.95	13.87	18.14	22.74	27.72	33.13	37.71	43.55	49.77
65	11.10	15.46	20.17	25.26	30.78	36.55	41.48	47.80	54.57
66	12.37	17.18	22.38	28.03	33.90	40.11	45.43	52.31	59.71
67	13.69	19.01	24.78	30.75	37.06	43.79	49.58	57.11	66.12
68	15.11	21.03	27.08	33.49	40.32	47.65	54.00	63.27	73.91
69	16.82	22.92	29.40	36.34	43.80	51.85	59.95	70.95	83.27
70	18.02	24.56	31.61	39.21	47.43	57.58	67.38	80.14	94.17
71	18.64	25.87	33.66	42.09	52.68	64.90	76.37	90.93	106.63
72	20.66	28.65	37.29	48.39	61.19	75.43	88.46	104.71	121.93
73	22.83	31.71	43.49	56.99	71.90	88.10	102.50	120.28	138.97
74	25.38	38.14	52.50	68.19	85.08	103.05	118.54	137.79	158.12
75	32.57	47.98	64.47	82.06	100.66	120.12	136.55	157.43	179.84
76	44.51	61.44	79.50	98.57	118.48	139.28	156.76	179.73	204.40
77	49.26	67.98	87.70	108.24	129.67	152.33	171.86	197.42	224.52
78	54.75	75.16	96.35	118.45	141.86	167.20	189.10	217.26	246.63
79	60.30	82.16	104.96	129.22	155.58	184.06	208.30	238.88	270.12
80	65.29	88.89	114.11	141.69	171.54	203.16	229.47	262.02	294.99
81	70.30	96.71	125.78	157.26	190.52	224.99	252.75	287.10	
82	77.88	108.77	142.16	177.28	213.49	250.07	278.94		
83	90.21	125.78	162.93	201.01	239.26	277.66			
84	106.17	145.44	185.48	225.48	265.55				
85	120.45	162.69	204.68	246.69					
86	132.19	176.42	220.72						
87	141.44	188.40							
88	149.80								

## Consenso

### Il Sottoscritto

COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

DATA DI NASCITA

SESSO

avendo richiesto all'Ente finanziatore ..... un Prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento illustrato nel Contratto di Prestito n. .... mediante cessione di quote della pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche,

- **dichiara di dare il consenso, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile, all'Ente finanziatore, come sopra indicato, alla stipulazione di un'assicurazione sulla propria vita a beneficio dello stesso Ente finanziatore, a garanzia dell'estinzione del contratto di Prestito sopra precisato, in caso di sua premorienza.**

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando .....

### Dati raccolti da

Nome .....

Cognome .....

Filiale/Agenzia di .....

Data, .....

In fede, .....

### **Dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurando**

#### **Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale decrescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione - tar. CPN1**

Il Sottoscritto ..... avendo richiesto all'Ente finanziatore ..... un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento illustrato nel contratto di Prestito n. ...., mediante cessione di quote della pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche,

• **Dichiara di essere consapevole che:**

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione delle Dichiarazioni di buono stato di salute, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nelle stesse;**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

Luogo e data ..... Firma dell'Assicurando .....

• **dichiara ad Aviva Life S.p.A., ai fini dell'assunzione del rischio di premorienza:**

- di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale/addominale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, estrazione dentale o chirurgia estetica, parto, deviazione del setto nasale);
- di non essere in attesa di ricovero, di non essere o essere stato negli ultimi 12 mesi sottoposto a terapia farmacologica continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, radiografie, mammografie, biopsie) che abbiano dato esito fuori dalla norma;
- di non essere in attesa di effettuare visite specialistiche, esami clinici o di ricevere esiti di esami effettuati recentemente, diversi da quelli di routine (es. controllo colesterolemia, controllo glicemia, visite oculistiche, visite ginecologiche, pap-test, ecc.);
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, leucemia, linfonodi ingrossati, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardio, aneurisma, emorragia cerebrale, epatite, cirrosi epatica, obesità, disturbi al pancreas o all'intestino, diabete, malattie renali o genitourinarie croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio (asma, salvo rinite allergica, o bronchite cronica, enfisema) o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV, AIDS, di malattie del sistema nervoso e della psiche;
  
- di non percepire pensione o assegno d'invalidità per malattia e di non aver presentato domanda per ottenere tali trattamenti;
  
- che tutte le dichiarazioni rese, necessarie alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazioni, sono veritiere, precise e complete.

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando .....

**Dati raccolti da**

Nome .....

Cognome .....

Filiale/Agenzia di .....

Data, .....

In fede, .....

## Allegato D – Attestato di Copertura

### FAC - SIMILE

**Attestato di copertura**  
**Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale**  
**decescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della**  
**pensione - tar. CPN1**

Polizza collettiva vita n. .... Contraente .....

Prestito n. ....

A seguito dell'inclusione nella Polizza collettiva summenzionata dell'Assicurato fatta dalla Contraente, Aviva Life S.p.A. provvede all'emissione del presente Attestato di copertura confermando, ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche, le condizioni di validità della copertura assicurativa relativa al/la sig./sig.ra:

Cognome e Nome	
Indirizzo	
Data di nascita	
Codice Fiscale	

Dettagli della copertura assicurativa connessa all'erogazione del Prestito:

Data di decorrenza	...../...../.....
Data scadenza	...../...../.....
Capitale assicurato iniziale	Euro .....
Premio assicurativo	Euro .....

Emesso a Milano il ..... Aviva Life S.p.A.

## Allegato E – Modulo di consenso al trattamento dei dati personali

### FAC - SIMILE

Polizza collettiva n. ....

Contraente .....

Contratto di Prestito n. ....

ASSICURATO - COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

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

#### 1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

#### 2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

#### 3. CONFERIMENTO DEI DATI

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

#### 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

## 5. COMUNICAZIONE DEI DATI

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

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

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

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei “responsabili” potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva Life S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

## 6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## 7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

## 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

## 9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

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

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

----- o -----

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003

**Io sottoscritto, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa sul trattamento dei dati personali sopra riportata:**

**Acconso** al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.

Sono consapevole che solo barrando la casella SI e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei dati sensibili.

SI       NO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_  
luogo                      data



**SCHEDA NOTIFICA SINISTRO**

**Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale decrescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione - tar. CPN1**

<b>Contraente</b> _____
<b>Polizza collettiva n.</b> _____
<b>Contratto di Prestito n.</b> _____
<b>Periodo di Assicurazione</b> _____

**INFORMAZIONI GENERALI:**

<b>Cognome e Nome dell'Assicurato</b>	
<b>Codice fiscale dell'Assicurato</b>	
<b>Data in cui la Contraente è venuta a conoscenza del Decesso dell'Assicurato</b>	
<b>In caso di vincolo, indicare i dati della vincolataria</b>	
<b>Note</b>	

**DOCUMENTI ALLEGATI:**

- "Consenso" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita
- "Dichiarazione di buono stato di salute" dell'Assicurato
- Copia dell'eventuale "Rapporto di visita medica" compilato dal medico curante (solo nei casi previsti)
- Coordinate bancarie, complete di codice IBAN e intestatario della Banca Beneficiaria
- Copia del contratto di Prestito
- Copia del Conteggio estintivo del Prestito

- Estratto di morte o atto integrale di morte o certificato di morte
- Comunicazione di quota cedibile
- Autorizzazione dell'Impresa all'inserimento in Polizza dell'Assicurato (solo per i rischi soggetti al "Rapporto di visita medica")

Scheda compilata da	
Carica ricoperta	
Indirizzo e.mail	
Telefono e fax	
Luogo e data	
Firma	

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA:**

Redatto dal Medico curante dott.

Riguardante il Sig.

Domicilio

nato il

professione

Doc. Ric.

**PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RACCOLTE DAL MEDICO**

	NO	SI		Padre	Madre	Familiari	Precisazioni
<b>1. Antecedenti familiari dell'Assicurato</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ai suoi genitori o nella sua famiglia (anche in via collaterale) sono state riscontrate malattie quali quelle indicate?			malattie nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			ipertensione, malattie cardiache (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
			(*) prima dei 65 anni				.....
			<b>età (se in vita)</b>	<b>età (al decesso)</b>			<b>Causa del decesso</b>
I suoi genitori sono deceduti?			Padre <input type="checkbox"/>	.....	.....		.....
			Madre <input type="checkbox"/>	.....	.....		.....

**2. Descrizione fisica**

a) statura cm. ....

b) peso Kg. .... Il suo peso è variato negli ultimi 12 mesi? (se si fornire particolari) .....

c) pressione arteriosa min. .... max .....

	NO	SI			
<b>3. Esami e cure particolari</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	per quali cause?	.....	
a) è mai stato ricoverato in Case di Cura od Ospedali per un periodo superiore a 5 giorni per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsilectomia, ernia inguinale?			dove?	.....	
			quando?	.....	
			per quanto tempo?	.....	
b) ha mai praticato esami clinici, anche a solo scopo preventivo, dai quali sia emersa una malattia? (indicare in ogni caso gli accertamenti effettuati)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/>	tipo e durata ..... precisazioni .....
			radiografie (torace, app. digerente, ecc.)	<input type="checkbox"/>	.....
			elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/>	.....
			esami del sangue	<input type="checkbox"/>	.....
			esami delle urine	<input type="checkbox"/>	.....
			altri esami e cure ospedaliere	<input type="checkbox"/>	.....
c) è stato sottoposto a cobaltoterapia o terapia radiante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	anno ..... tipo e durata ..... precisazioni .....	
d) è stato sottoposto a chemioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	anno ..... tipo e durata ..... precisazioni .....	
e) durante gli ultimi 5 anni Le sono state praticate trasfusioni di sangue o Le sono stati somministrati ematoconcentrati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	anno ..... tipo e durata ..... precisazioni .....	

**4. Ha imperfezioni fisiche e/o disturbi funzionali?**

alterazioni visive  ..... *quali e da quando*

alterazioni uditive  .....

alterazioni degli arti  .....

altre  .....

**5. Ha subito traumi o lesioni accidentali?**

del cranio  ..... *quali ed in quale misura*

degli organi di senso  .....

degli arti  .....

di altre sedi  .....

**6. Fa o ha fatto uso di alcoolici e/o di sostanze stupefacenti (droghe)?**

..... *quanto e da quando*

**7. Fa o ha fatto uso di tabacco?**

..... *quanto e da quando* ..... *precisazioni*

**8. Gode della pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?**

infortunio sul lavoro  ..... *anno* ..... *se sì, motivazione sanitaria*

malattie professionali  .....

cause di servizio  .....

altre cause  .....

NO SI

**9. Per gli uomini:**

è stato riformato al servizio militare?

se sì, motivazione sanitaria

**10. Per le donne:**

- ha mai sofferto di malattie al seno o agli organi genitali?   quali/quando? .....
- ha mai avuto alterazioni del ciclo?   quali/quando? .....
- ha subito interventi all'apparato genitale?   quali/quando? .....
- è attualmente in stato di gravidanza?   mese di gravidanza .....

**11. Ha sofferto o soffre di malattie**

			SI	Anno	Durata	Precisazioni
- dell'apparto respiratorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		bronchite	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		enfisema	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		pleurite	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tbc	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
- dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	infarto	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		angina pectoris	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		ipertensione	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		valvulopatie	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		arteriopatie	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		varici degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
- dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gastroduodenite	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		ulcera gastroduodenale	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		coliti ulcerose	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		epatite virale	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		calcolosi biliare	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
	altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	
- dell'apparato uro-genitale?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nefriti	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		calcolosi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
- dell'apparato osteo-articolare?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	artriti	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		artrosi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
- del sistema nervoso o della psiche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	epilessia	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		nevrosi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		paralisi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		tumori	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
- del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	diabete	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		dislipidemie	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		alterazioni:				
		- della tiroide	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		- del surrene	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
	altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	
- del sangue?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	anemie	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		leucemie	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
		altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....

12. Esiste qualche altro fatto, circostanza o informazione riguardante la sua salute o il suo modo di vivere che non sia stato menzionato esplicitamente? .....

Io sottoscritto Assicurato attesto che le dichiarazioni sopra riportate sono vere e complete e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso.

Autorizzo la Società ad assumere tutte le informazioni sul mio conto da qualsiasi medico e/o Ente che mi abbiano assistito in passato e autorizzo il rilascio di tali informazioni.

Acconsento inoltre che tali informazioni fornite sopra o al medico della Società, servano come base al contratto proposto tra la Società e me stesso e che, nel caso in cui una qualche mia affermazione si rivelasse non veritiera o una qualsiasi informazione dovuta alla Società fosse omessa o taciuta, l'eventuale polizza che mi venisse concessa sarà nulla e senza effetto.

Dichiaro di aver letto ed approvato specificatamente quanto sopra.

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Luogo e data, .....

#### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

FIRMA DELL'ASSICURATO

Luogo e data, .....

### PARTE II: ESAME OBIETTIVO

Aspetto fisico - costituzione: ..... Altezza cm.     Peso kg.

Vi sono state variazioni di peso negli ultimi tempi? SI  NO  aumentato?  di quanti kg.? .....  
diminuito?  di quanti kg.? .....

Il rapporto altezza/peso è normale? SI  NO  perché .....

Pressione arteriosa: max     min     Frequenza cardiaca:

Si prega di fare una seconda misurazione alla fine dell'esame se, in occasione della prima, la pressione sistolica supera 140 mm Hg o la diastolica 90 mm Hg.

Risultato ..... / .....

#### NORMALE?

SI NO Perché

1. Cute e mucose visibili   .....

2. Ghiandole mammarie (per le donne)   .....

3. Masse muscolari   .....

4. Sistema linfonodale superficiale   .....

5. Stato della tiroide   .....

6. Apparato osteo-articolare   .....

Conclusione diagnostica   .....

#### 7. Apparato respiratorio

- prime vie aeree   .....

- voce   .....

- ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace   .....

Conclusione diagnostica   .....

#### 8. Apparato cardiovascolare

- ispezione, palpazione, percussione   .....

- ascoltazione   .....

- vene (varici, emorroidi, ecc).   .....

Conclusione diagnostica   .....

NORMALE?  
SI NO Perché

**9. Bocca e apparato digerente**

- bocca  SI  NO .....
- addome  SI  NO .....
- (ispezione e palpazione)
- fegato  SI  NO .....
- milza  SI  NO .....
- Conclusione diagnostica  SI  NO .....

**10. Apparato uro-genitale**

- SI  NO .....
- Conclusione diagnostica  SI  NO .....

**11. Sistema nervoso e organi di senso**

- condizioni psichiche  SI  NO .....
- motilità  SI  NO .....
- sensibilità e affini  SI  NO .....
- udito  SI  NO .....
- vista  SI  NO .....
- olfatto  SI  NO .....
- Conclusione diagnostica  SI  NO .....

**PARTE III: ANALISI DELL'URINA (DA PRATICARE IN LABORATORIO)**

Colore	Aspetto	Reazione	Albumina	Glucosio	Sangue	Altri elementi anormali	Metodi di ricerca usata	Deduzioni

**Conclusioni**

Diagnosi: .....

Giudizio prognostico:  BUONO  MEDIOCRE  SFAVOREVOLE

Occorrerebbero ulteriori esami per l'esatta valutazione del rischio?  SI  NO quali? .....

FAVOREVOLE	NON FAVOREVOLE: PERCHÉ
Valutazione del rischio ai fini dell'eventuale concessione dell' <b>assicurazione complementare di invalidità.</b> <input type="checkbox"/>	FAVOREVOLE CON ESCLUSIONE DELL'APPARATO } uditivo <input type="checkbox"/> } visivo <input type="checkbox"/> } osteo-articolare <input type="checkbox"/> } altri <input type="checkbox"/>

EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio dato, rimette questo rapporto in busta chiusa soprafirmata al Soggetto Incaricato perché la trasmetta alla Direzione Generale della Società.

Comune ..... luogo ..... data .....

ora ..... in cui è stata eseguita la visita.

Firma del medico curante .....

Residente a .....

Via .....

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

### 1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

### 2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

### 3. CONFERIMENTO DEI DATI

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

### 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

### 5. COMUNICAZIONE DEI DATI

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

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

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

L'elenco costantemente aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei "responsabili" potrà essere richiesto in qualsiasi momento al Titolare, al seguente indirizzo Aviva Life S.p.A. - Servizio Privacy - Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI). In particolare le precisiamo che lei potrà esercitare il suo diritto di opposizione all'utilizzo dei dati anche solo parzialmente, con riferimento a specifiche finalità tra quelle sopra elencate.

### 6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

8

### 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

### 9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

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

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

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003

Io sottoscritto, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa sopra riportata.

**Acconsento** al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.

Sono consapevole che solo barrando la casella SI e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei dati sensibili.

SI  NO

Luogo e Data .....

Firma dell'Assicurato .....

## Aviva Life S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006



### 3. GLOSSARIO

#### **CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN1**

**Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della Pensione.**

#### **Assicurato**

Assicurato è la persona fisica inserita in copertura dalla Contraente;

#### **Attestato di copertura**

Documento rilasciato dall'Impresa che certifica la copertura assicurativa.

#### **Beneficiario**

Beneficiario è la Contraente della Polizza collettiva, che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione, quando si verifica il decesso dell'Assicurato.

#### **Broker (Soggetto Incaricato)**

B&S italia spa, avente sede legale in Via Enrico Tellini,19 – Milano, intermediario che agisce su incarico della Contraente.

#### **Conteggio estintivo**

Il conteggio elaborato dalla Contraente a dimostrazione del suo credito residuo nei confronti del Mutuatario (Assicurato), il cui saldo è determinato in base ai dati del Contratto di Prestito sottoscritto dall'Assicurato (Mutuatario); in particolare si terrà conto nello sviluppo di tale conteggio: dell'importo del finanziamento, della rata mensile, delle rate pagate, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato, dei costi Up-fronte e Recurring (costi fissi e ricorrenti) precisati nel contratto di Prestito.

Tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

#### **Contraente**

Ente finanziatore, persona giuridica che stipula la Polizza collettiva con l'Impresa e si impegna al versamento dei relativi premi.

#### **Copertura Assicurativa**

La garanzia assicurativa concessa dall'Impresa di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale l'Impresa di Assicurazione è obbligata al pagamento della prestazione assicurata al verificarsi del decesso.

#### **Data di decorrenza (della singola posizione assicurativa)**

La Data di decorrenza corrisponde al giorno di erogazione del Prestito concesso dalla Contraente.

#### **Debito residuo**

Montante lordo non corrisposto dal Mutuatario (Assicurato), al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente, come precisato nel Conteggio estintivo.



**Dipendenti**

Le persone che hanno con la Contraente un contratto di lavoro subordinato anche se soltanto in via temporanea. Sono parificati ai dipendenti gli Agenti e i mediatori creditizi che operano per la Contraente in virtù di un mandato loro conferito.

**Durata della Copertura Assicurativa**

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza e la Data di estinzione del Prestito, durante il quale è operante la Copertura assicurativa.

**Impresa (di Assicurazione)**

Aviva Life S.p.A. - Impresa del Gruppo Aviva con sede in Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale N. 19305 del 31/3/1992. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00081. Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00008.

**Margine di Solvibilità**

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

**Mutuatario**

La persona fisica che beneficia del Prestito erogato dalla Contraente.

**Proposta-certificato**

Documento liberamente sottoscritto dalla Contraente con il quale manifesta all'Impresa di Assicurazione la volontà di sottoscrivere la Polizza collettiva..

**Polizza (collettiva)**

Contratto in forma collettiva con contraente l'Ente erogatore del Prestito, che ne sostiene interamente l'onere economico nel suo esclusivo interesse.

**Premio Unico**

Il Premio è la somma dovuta all'Impresa di Assicurazione per la Copertura Assicurativa prestata. Il Premio è pagato dalla Contraente in unica soluzione e viene calcolato applicando i tassi di premio – differenziati in base all'età dell'Assicurato ed alla Durata della Copertura assicurativa - all'importo totale del Prestito richiesto.

**Premio puro**

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

**Prestito**

Il contratto di prestito personale estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche) concesso dalla Contraente all'Assicurato.

**Sinistro (decesso)**

È l'evento dannoso per cui è prestata la Copertura Assicurativa.

**T.A.N.**

Tasso annuale nominale applicato al finanziamento e precisato nel contratto di Prestito.

Data ultimo aggiornamento: 30 settembre 2015



**Aviva Life S.p.A.**  
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.aviva.it  
Tel: +39 02 2775.1  
Fax: +39 02 2775.204  
Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it

**FAC-SIMILE**

**PROPOSTA-CERTIFICATO**  
**CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN1**  
**Copertura Assicurativa Collettiva**  
**POLIZZA COLLETTIVA NR. ....**  
**TRA**

**CONTRAENTE (\*)**

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA	
[REDACTED]		[REDACTED]	
INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
COMUNE	COD. PAESE		
[REDACTED]	[REDACTED]		
ATTIVITA' LAVORATIVA PREVALENTE	SAE	RAE	ATECO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

(\*) SI ALLEGA UN DOCUMENTO COMPROVANTE IL POTERE DI RAPPRESENTARE LEGALMENTE IL CONTRAENTE

**LEGALE RAPPRESENTANTE**

COGNOME e NOME	CODICE FISCALE		
[REDACTED]	[REDACTED]		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	SESSO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
PROFESSIONE	RAE	TAE	SAE
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
INDIRIZZO	PROVINCIA	CAP	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
COMUNE	COD. PAESE		
[REDACTED]	[REDACTED]		
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NR.	DATA EMISSIONE	TIPO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
ENTE EMITTENTE	LUOGO DI EMISSIONE		
[REDACTED]	[REDACTED]		

**IN SEGUITO DENOMINATA "CONTRAENTE" e**

**AVIVA LIFE S.P.A.**, con Sede Legale in Milano in Via A. Scarsellini 14 in seguito denominata "Impresa di Assicurazione"

## PREMESSO

- Oggetto della presente Polizza collettiva è la corresponsione di un capitale al Beneficiario in caso di decesso di un Assicurato, che abbia contratto un Prestito con la Contraente, estinguibile mediante cessione di quote della pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni). La polizza garantisce esclusivamente i prestiti di durata minima di 24 mesi e massima di 120 mesi, erogati dalla Contraente a Pensionati, che nell'ambito della presente Collettiva assumono la figura di Assicurati, per i quali la Contraente stessa ha chiesto l'inserimento in Polizza.
- la Contraente, così definita, al fine di tutelare il proprio credito, intende stipulare sulla testa di tali soggetti un' assicurazione collettiva in forma di temporanea di gruppo
- che l'Impresa di Assicurazione è disposta ad accordare la garanzia assicurativa richiesta
- che la presente Polizza ha una durata annuale e si rinnoverà tacitamente alla scadenza per un uguale periodo, salvo disdetta di una delle Parti inviata a mezzo raccomandata A.R. con preavviso non inferiore a tre mesi

si conviene e si stipula con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno  la presente Polizza collettiva

che garantisce la copertura del rischio di decesso ad un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee (Mutuatari di cui al primo bullet delle presenti premesse), ciascuna delle quali potrà essere inserito nella collettiva mediante una propria posizione individuale.

**AVIVA LIFE  
S.P.A.**

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE

## LA SOTTOSCRITTA CONTRAENTE:

- conferma che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta-Certificato sono complete ed esatte;
- dichiara di accettare quanto contenuto nelle Premesse e le Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo;
- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici alle Condizioni di Assicurazione;
- prende atto che, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato, il Contratto è concluso e produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data indicata nelle Premesse;
- prende atto che Aviva Life S.p.A. - l'Impresa di Assicurazione - si impegna a dare copertura assicurativa ad ogni Assicurato inserito in Polizza dalle ore 00.00 del giorno di erogazione del Prestito a condizione che la Contraente: abbia regolarmente chiesto l'inserimento in Polizza dell'Assicurato e abbia ricevuto dall'Impresa apposito Attestato di copertura, sia in possesso del "Consenso" alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi del secondo comma dell'articolo 1919 del Codice Civile e della "Dichiarazione sullo stato di salute" dell'Assicurato nonché delle "Informazioni sul trattamento dei dati personali" debitamente sottoscritti dall'Assicurato e provveda alla corresponsione del premio relativo agli Assicurati inseriti in Polizza entro la fine del mese di richiesta di pagamento da parte dell'Impresa;
- prende atto che, fermo quanto pattuito al precedente bullet, la mancata sottoscrizione della "Dichiarazione sullo stato di salute" da parte dell'Assicurato presuppone che l'inserimento in collettiva dell'Assicurato stesso sia vincolata ad esplicita accettazione da parte dell'Impresa e, a tal fine, si impegna a fornire preventivamente all'Impresa apposito "Rapporto di visita medica" debitamente compilato dal medico curante dell'Assicurato;
- prende atto che il pagamento dei premi relativi alle coperture assicurative di ciascun Assicurato dovrà essere effettuato dalla Contraente mediante bonifico bancario.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE

## CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

**Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione.**

## BENEFICIARI:

IN CASO DI MORTE:

LA CONTRAENTE

## MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Alla conclusione della presente Polizza non viene corrisposto alcun premio. La Polizza è soggetta a regolazione premio mensile come normato dall'Art. 14 "Calcolo, pagamento e regolazione del premio" delle Condizioni di Assicurazione.

I premi verranno versati dalla Contraente mediante bonifico bancario.

---

#### DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente e l'Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dallo stesso. L'Impresa di Assicurazione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente l'eventuale premio corrisposto.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE  
\_\_\_\_\_

---

#### LA SOTTOSCRITTA CONTRAENTE:

- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo denominato "Cessione del quinto della pensione – tariffa CPN1" – redatto secondo le prescrizioni IVASS – contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione e i relativi Allegati, il Glossario, le informazioni sul trattamento dei dati personali e la presente Proposta-Certificato che definiscono il Contratto;**
- ricevuto il documento contenente – ai sensi dell'art.49 comma 2, lettera a) del Regolamento IVASS n.5/2006 – i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti – ai sensi dell'art.49 comma 2, lettera a) bis del Regolamento IVASS n. 5/2006 – nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE  
\_\_\_\_\_

---

#### DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:

Art. 3: Requisiti di assicurabilità; Art. 4: Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile; Art. 5: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio; Art. 6: Conclusione, Decorrenza e Durata della Polizza collettiva; Art. 7: Decorrenza, Durata e cessazione della copertura assicurativa; Art. 9: Modalità di inclusione ed esclusione delle teste; Art. 11: Diritto di recesso; Art. 12: Esclusioni; Art. 13 Calcolo, pagamento e regolazione del premio; Art.14: Pagamenti dell'Impresa di Assicurazione.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE  
\_\_\_\_\_

---

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003

**Io sottoscritto, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa contenuta nel Fascicolo Informativo:**

**Acconso** al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.

Sono consapevole che solo barrando la casella SI e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei dati sensibili.

SI

NO

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE  
\_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento: 30 settembre 2015

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006





**Aviva Life S.p.A.**

Via A. Scarsellini 14 20161 Milano  
www.aviva.it  
Tel: +39 02 2775.1  
Fax: +39 02 2775.204  
Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it

Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Pec: aviva\_life\_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006

