

PROTEZIONE FINANZIAMENTO BUSINESS

Ed. 01/2019

POLIZZA COLLETTIVA N° 020000168

Copertura Assicurativa collettiva e FACOLTATIVA abbinata ai Finanziamenti di Nuova erogazione o in essere.

Il presente Set Informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
- Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Multirischi)
- Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario
- Modulo di proposta – Fac-simile
- Informativa sul trattamento dei dati personali

Il Set Informativo deve essere consegnato all'Aderente prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta .

CONTENUTI

DIP VITA

Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

DIP DANNI

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Comprehensive di Glossario

FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA

FAC-SIMILE MODULO DI CONSENSO

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (SET INFORMATIVO) E CONTRATTUALE (MODULO DI PROPOSTA E LETTERA DI CONFERMA), VERRANNO CONSEGNATE ALL'ADERENTE/ASSICURATO IN FORMATO CARTACEO, COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E IL CONTRAENTE.

DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE PER I PRODOTTI ASSICURATIVI
VITA DIVERSI DAI PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI

DIP VITA

(VERSIONE 01/2019)

DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO ASSICURATIVO

DIP DANNI

(VERSIONE 01/2019)

DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI
ASSICURATIVI MULTIRISCHI **DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**

(VERSIONE 01/2019)

POLIZZA CPI FINANZIAMENTI BUSINESS A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia:
CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
Protezione Finanziamento Business

VERSIONE GENNAIO 2019
Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Garanzia Vita Decesso, prevista dalla Polizza Collettiva n. 020000168, congiuntamente alle Garanzie Danni, è abbinabile ai Finanziamenti di nuova erogazione o in essere ed è dedicata alle Persone Giuridiche. Questa Garanzia assicura la possibilità di far fronte al pagamento del debito residuo del Finanziamento sottoscritto con la Banca.



CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO A, B, C

✓ **Decesso** per qualsiasi causa

Nel rispetto dei massimali previsti e in proporzione al Capitale Iniziale Assicurato:

✓ la Compagnia corrisponderà un importo pari al debito residuo in linea capitale che, alla data del DECESSO dell'Assicurato, residua dal rapporto di Finanziamento, escludendo eventuali rate insolute scadute prima dell'evento.

- ✗ da conseguenza diretta e indiretta di questi ultimi
- La polizza non copre gli eventi:
- ✗ occorsi durante o in conseguenza dell'esercizio di attività sportive o lavorative ritenute pericolose.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le coperture assicurative presenti operano in via alternativa e non sono cumulabili.

La Compagnia limita la prestazione:

! al debito residuo, fino ad un massimo di **euro 500.000** in caso di DECESSO.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

! Il DECESSO (a seguito di malattia) avviene **nei primi 60 giorni** dalla decorrenza della Polizza.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

La polizza non copre se gli eventi assicurati sono causati:

- ✗ volontariamente;
- ✗ da fatti conosciuti prima della stipula del contratto;



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che l'Assicurato e l'Aderente mantengano la residenza ovvero la residenza Fiscale in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- All'atto dell'adesione alla polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del contratto e il Modulo di Adesione. L'Assicurato (Key Man) dovrà sottoscrivere il Questionario Medico e il Modulo di Consenso;
- L'Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.
- L'Aderente e Assicurato devono comunicare tempestivamente, per iscritto, alla Compagnia la perdita dei requisiti di Assicurabilità;
- L'Aderente o Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il Premio:

- è Unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.
- è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione del Pacchetto Assicurativo (Garanzie Vita e Danni) sottoscritto;
- è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta;
- è addebitato sul conto corrente dell'Aderente, contestualmente all'emissione della Lettera di conferma.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa avrà una durata pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente, con un limite massimo di 300 mesi (25 anni). Essa decorre dalle ore 24.00 del giorno di stampa della lettera di conferma, fermo restando che l'efficacia delle Coperture è subordinata al pagamento del premio.

Le Coperture terminano:

- In caso di Decesso dell'Assicurato;
- In caso di risoluzione per mancato pagamento del Premio.
- In caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- In caso di recesso esercitato a partire dalla quarta ricorrenza annua e con preavviso di 60 giorni dalla fine dell'annualità. In tal caso, il recesso avrà effetto a partire dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto. La copertura Decesso abbinata rimarrà attiva fino a scadenza;
- qualora la Compagnia corrisponda il debito residuo del Finanziamento in caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- in caso di accollo, trasferimento, estinzione anticipata totale del Finanziamento qualora l'Aderente non richieda di mantenere la Copertura;
- nel caso di perdita dei requisiti di assicurabilità;
- Alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO, REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

L'Aderente/assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzioni.

POLIZZA CPI FINANZIAMENTI BUSINESS A PREMIO UNICO DIP

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia:
CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
Protezione Finanziamento Business

VERSIONE GENNAIO 2019

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Le Garanzie Danni previste dalla Polizza Collettiva n. 020000168, congiuntamente alla garanzia Vita Decesso, sono abbinabili ai Finanziamenti di nuova erogazione o in essere e sono dedicate alle Persone Giuridiche. Queste Garanzie assicurano il pagamento del debito residuo ovvero delle rate del Finanziamento stipulato con la Banca nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca l'Assicurato (Key Man).

CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO B

✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio o Malattia

PACCHETTO C

✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio
 ✓ **Ricovero Ospedaliero** da Infortunio o Malattia
 ✓ **Malattia Grave**

Nel rispetto dei massimali previsti e in proporzione al Capitale Iniziale Assicurato:

- ✓ In caso di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**, la Compagnia corrisponderà un importo pari al **Debito Residuo in linea capitale**, escludendo eventuali rate insolite scadute prima dell'evento;
- ✓ In caso di **RICOVERO OSPEDALIERO**, la Compagnia corrisponderà le **rate in scadenza** durante il periodo di Ricovero;
- ✓ In caso di **MALATTIA GRAVE** la Compagnia corrisponderà **una somma corrispondente** al controvalore di **8 rate mensili**.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non sono assicurabili:

- ✗ coloro che non sono titolari di un Finanziamento nuovo o in essere;
- ✗ I soggetti che non siano amministratori, soci, dirigenti, titolari, rappresentanti legali, figure con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza)
- ✗ I soggetti residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ I soggetti con età **inferiore a 18 anni**;
- ✗ I soggetti con età **superiore a 60 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e con età **superiore a 75 anni non compiuti** alla scadenza del Finanziamento.

La polizza non copre se gli eventi assicurati sono causati:

- ✗ volontariamente;
- ✗ da fatti conosciuti prima della stipula del contratto;

- ✗ da conseguenza diretta e indiretta di questi ultimi
- La polizza non copre gli eventi:
- ✗ occorsi durante o in conseguenza dell'esercizio di attività sportive o lavorative ritenute pericolose.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le coperture assicurative presenti operano in via alternativa e non sono cumulabili.

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al debito residuo, fino ad un massimo di **euro 500.000** in caso di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**;
- ! ad un massimo di **12 rate mensili** del Finanziamento per sinistro e **36** per l'intera durata contrattuale, ciascuna per un importo **massimo pari a euro 2.500** in caso di **RICOVERO OSPEDALIERO**;
- ! a **8 rate mensili** del Finanziamento, ciascuna di importo **massimo pari a euro 2.500**, pagate in un'unica soluzione, in caso di **MALATTIA GRAVE**.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! Il grado di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** accertata è **inferiore al 66%**;
- ! l'accertamento (a seguito di malattia) dell'**INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** avviene nei primi **60 giorni** dalla decorrenza della Polizza;
- ! Il **RICOVERO OSPEDALIERO** da malattia avviene **nei primi 30 giorni** dalla decorrenza della Polizza e/o ha una durata **inferiore o uguale a 7 giorni**;
- ! Il **RICOVERO OSPEDALIERO** avviene prima che siano trascorsi **180 giorni** da un eventuale precedente ricovero dovuto a stessa causa ovvero **30 giorni** in caso di causa differente, per il quale la Compagnia abbia già rimborsato una o più rate del Finanziamento.
- ! La **MALATTIA GRAVE** viene diagnosticata ovvero l'Assicurato presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi delle malattie gravi coperte, **nei primi 60 giorni** dalla decorrenza della Polizza.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che l'Assicurato e l'Aderente mantengano la residenza ovvero la residenza Fiscale in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- All'atto dell'adesione alla polizza, l'Aderente deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del contratto, e il Modulo di Adesione. L'Assicurato (Key Man) dovrà sottoscrivere il Questionario Medico e il Modulo di Consenso;
- L'Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.
- L'Aderente e l'Assicurato devono comunicare tempestivamente, per iscritto, alla Compagnia la perdita dei requisiti di Assicurabilità;
- L'Aderente o l'Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro per iscritto fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il Premio:

- è Unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.
- è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione del Pacchetto Assicurativo (Garanzie Vita e Danni) sottoscritto;
- è comprensivo delle imposte e dell'importo che verrà trattenuto dalla banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta;
- è addebitato sul conto corrente dell'Aderente, contestualmente all'emissione della Lettera di conferma.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa avrà una durata pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente, con un limite massimo di 300 mesi (25 anni). Essa decorre dalle ore 24.00 del giorno di stampa della lettera di conferma, fermo restando che l'efficacia delle Coperture è subordinata al pagamento del premio.

Le Coperture terminano:

- In caso di Decesso dell'Assicurato;
- In caso di risoluzione per mancato pagamento del Premio.
- In caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- In caso di recesso esercitato a partire dalla quarta ricorrenza annua e con preavviso di 60 giorni dalla fine dell'annualità. In tal caso, il recesso avrà effetto a partire dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto. La copertura Decesso abbinata rimarrà attiva fino a scadenza;
- qualora la Compagnia corrisponda il debito residuo del Finanziamento in caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- in caso di accollo, trasferimento, estinzione anticipata totale del Finanziamento qualora l'Aderente non richieda di mantenere la Copertura;
- nel caso di perdita dei requisiti di assicurabilità;
- Alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Aderente può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.

POLIZZA CPI FINANZIAMENTI BUSINESS A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP Aggiuntivo Multirischi)

Compagnia:
CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
Protezione Finanziamento Business

Data di realizzazione: **1° GENNAIO 2019**
Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

CNP ASSURANCES S.A. Impresa di Assicurazione di diritto francese, costituita in forma di Société Anonyme, (equivalente a una società per azioni di diritto italiano) appartenente al Gruppo Caisse de Depots, presta le Coperture Assicurative previste dalla Polizza Collettiva relative al Decesso, Invalidità Totale Permanente, al Ricovero Ospedaliero e alla Malattia Grave.

Sede Legale delle Compagnie

Direzione Generale in Place Raoul Dautry, 4 - 75716 Parigi (Francia).

Sede Secondaria

Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, site in Via Bocchetto, 6; 20123; Milano, Italia.
CNP Assurances S.A. è iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 04341440966.

800.222.662; sito internet www.cnpitalia.it; email info@cnpitalia.it; pec cnp@pec.cnpitalia.it.

Estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio e numero di iscrizione all'Albo dell'Impresa di Assicurazione

CNP Assurances S.A. è autorizzata ad esercitare il Ramo Vita e il Ramo Danni ed è stata abilitata con Protocollo IVASS n. 19 04-432707 del 25 Maggio 2004 all'esercizio in regime di stabilimento in Italia con iscrizione al numero I.00048 dell'Elenco delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro sotto il controllo dell'Autorità di Vigilanza francese: Autorité de Contrôle Prudentiel- sito internet: www.banque-france.fr/acp.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa CNP Assurances S.A al 31/12/2017

Patrimonio netto = 10.829 milioni di euro

Capitale sociale = 687 milioni di euro

Riserve patrimoniali = 10.142 milioni di euro

In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 13,7 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 7,0 mld. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 26,1 mld di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale minimo è pari a 22,6 mld. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: <http://www.cnp.fr/Analyse-investisseur/Les-resultats-de-CNP-Assurances?tab=2&start=0#panel>

L'indice di solvibilità della Compagnia – dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari al 201%.

È possibile consultare gli aggiornamenti sul sito internet: www.cnpitalia.it

Al contratto si applica la legge italiana.



Ramo Vita

a) Prestazione in caso di DECESSO:

La Garanzia Decesso tutte cause prevede una prestazione pari a:

- In fase di preammortamento una prestazione pari al Capitale Assicurato Iniziale riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere);
- In fase di ammortamento una prestazione pari al debito residuo in linea capitale del Finanziamento al momento del Decesso, riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere).

Ramo Danni

b) Prestazione in caso di INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

La Garanzia Invalidità Totale Permanente prevede:

- In fase di preammortamento una prestazione pari al Capitale Assicurato Iniziale riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere);
- In fase di ammortamento una prestazione pari al debito residuo in linea capitale del Finanziamento alla data dell'Infortunio ovvero alla data di diagnosi della Malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente, riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere).

c) Prestazione in caso di RICOVERO OSPEDALIERO

La Garanzia Ricovero Ospedaliero prevede:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui, all'importo delle rate in scadenza durante il periodo di ricovero riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere);
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo delle rate solo interessi in scadenza durante il periodo di ricovero riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere).

d) Prestazione in caso di MALATTIA GRAVE

La Garanzia Malattia Grave prevede:

- nel periodo di ammortamento a 8 rate mensili del Finanziamento, riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere);
- nel periodo di preammortamento a 8 rate mensili del Finanziamento solo interessi, riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Finanziamento in essere).

Nel caso in cui il numero di rate residue del Finanziamento dalla data di diagnosi della Malattia Grave, dovesse essere inferiore a 8, la Compagnia ne limiterà la prestazione all'importo corrispondente.

Ai fini della presente copertura sono considerati indennizzabili - in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza- i sinistri derivanti dalle seguenti patologie:

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- a) sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- b) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
- c) tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

Le Coperture Assicurative sopra riportate operano solo se previste dal Pacchetto sottoscritto.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Sono esclusi dalla Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento - anche occasionale - di una delle seguenti Attività Sportive e Lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE:

1. **Alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine > 3.000 metri, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta.**
2. **Speleologia.**
3. **Sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ULM, elicottero, aliante ecc).**
4. **Immersioni subacquee.**
5. **Caccia grossa, safari.**
6. **Equitazione (competizioni equestri).**
7. **Skeleton.**
8. **Rafting.**
9. **Partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore.**
10. **Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa).**
11. **Competizioni ciclistiche.**
12. **Canoa, kayak.**
13. **Pugilato e lotta.**
14. **Atletica pesante.**
15. **Altri sport comunemente definiti "estremi".**

**Rischi esclusi:
Attività pericolose**

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

1. **Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni).**
2. **Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino.**
3. **Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore).**
4. **Carpentieri in metallo.**
5. **Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali).**
6. **Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere.**
7. **Attività che comportano l'utilizzo di altiforni.**
8. **Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche.**
9. **Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche.**
10. **Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico).**
11. **Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive.**
12. **Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V.**

13. Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo).
14. Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti).
15. Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub).
16. Attività che prevedono lavori di sterramento.
17. Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico).
18. Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori).
19. Attività in alta montagna (es. guide alpine).
20. Addetti al settore petrolifero.
21. Collaudatori di autoveicoli e motocicli.
22. Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo.
23. Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai.
24. Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori).
25. Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).

La Garanzia DECESSO non è operante nei seguenti casi:

- **Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- **i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.**
- **suicidio e tentativi di suicidio avvenuti nel corso dei primi due anni di validità della polizza.**

Esclusioni della Garanzia DECESSO

Le Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE e RICOVERO OSPEDALIERO non sono operanti nei seguenti casi:

Esclusione dalle garanzie:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**
- **RICOVERO OSPEDALIERO**

- **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**
- **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**
- **atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;**
- **trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- **sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;**

- conseguenze della pratica dei seguenti sport : equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, taumachia;
- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

La garanzia MALATTIA GRAVE non è operante nei seguenti casi:

- Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

**Esclusioni della
Garanzia
MALATTIA GRAVE**

Specifiche esclusioni per il CANCRO

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione ;
- tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Specifiche esclusioni per l'INFARTO

- L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.
- Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta.

Specifiche esclusioni per l'ICTUS

- attacco ischemico transitorio (TIA)
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- Disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Specifiche esclusioni per INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

- l'angioplastica a palloncino (PTCA);
- il cateterismo del cuore;
- la risoluzione chirurgica tramite laser;
- tutte le tipologie di tecniche cateterali intra-arteriose;
- le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

Specifiche esclusioni per il TRAPIANTO D'ORGANO

- tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

RAMO VITA

Periodi di carenza, limitazioni (franchigie), massimali e rivalse della Garanzia Decesso

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

RAMO DANNI

Periodi di carenza, limitazioni, massimali e rivalse della Garanzia Invalidità Totale Permanente

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Ricovero Ospedaliero

La Compagnia pagherà un massimo di 12 rate per ricovero e fino ad un massimo di 36 rate nel corso della durata contrattuale.

Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Malattia Grave

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?

DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri relativi alle Coperture DECESSO, INAVIDITA' TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITA' TOTALE TEMPORANEA e MALATTIA GRAVE devono essere tempestivamente denunciati per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti: **CNP ASSURANCES S.A.**
- Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 - 20123 Milano - sinistri@cnpitalia.it

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati:

DECESSO tutte cause (documenti da presentare da parte del Beneficiario)
- Certificato di morte;

- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso);
- Certificato del medico che ha constatato il decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale;
- Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente;
- Copia della patente di guida, se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia della prima cartella clinica con cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il Decesso;
- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
- Atto notorio e/o Copia del Testamento, qualora esistente;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda;
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO O MALATTIA

- Attestazione di Invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail;
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda;
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.

Qualora l'Aderente/Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione eventualmente fornita dagli eredi.

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda;
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relative alla Malattia Grave;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda;
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.

L'elenco dei documenti da consegnare ai fini della valutazione del sinistro è altresì contenuto nel Modulo per la denuncia del sinistro ad uso facoltativo messo a disposizione degli interessati presso le Filiali della banca distributrice ovvero sul sito web della Compagnia.

PRESCRIZIONE

Per la garanzia DECESSO i diritti si prescrivono nel termine ordinario di **dieci anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Decorso il predetto termine la Compagnia sarà tenuta a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE i diritti si prescrivono in **due anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE:

Le Compagnie, qualora il sinistro risultasse indennizzabile, provvederanno a corrispondere la prestazione entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE

Non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre Compagnie diverse da CNP Assurances S.A..

ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE

Non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

L'Aderente e l'Assicurato devono fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.

In particolare e in relazione a quanto sopra, l'Assicurato deve rispondere in maniera esatta e veritiera alle domande del questionario Medico sottoposto in fase di sottoscrizione del contratto. Le informazioni fornite attraverso il questionario medico rappresentano per la Compagnia, elementi fondamentali per la valutazione del rischio.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	<p>Il Premio Unico, dovuto alla Compagnia per le Coperture Assicurative, è indicato nel Modulo di Adesione e viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Aderente al momento dell'emissione della Lettera di Conferma in forza dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto nel Modulo di Adesione. L'incasso del Premio da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.</p> <p>Il premio corrisposto è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%, applicate al premio riferito alle sole garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero).</p>
Rimborso	<p>L'Aderente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recesso dell'aderente; 2. Recesso della Compagnia; 3. Recesso annuale dalle Garanzie Danni a partire dal quinto anno (solo per la quota parte di premio relativa alle garanzie Danni); 4. Anticipata estinzione parziale del Finanziamento; 5. Anticipata estinzione totale, accollo o trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga; 6. Perdita dei requisiti di assicurabilità. <p>La Compagnia restituirà il premio pagato e non goduto al netto dell'imposta di legge pari al 2,50% per la componente relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave. Solo in caso di Recesso della Compagnia, l'imposta di legge non verrà trattenuta.</p>
Sconti	<p>La Compagnia non applica ulteriori sconti di premio oltre a quello previsto in virtù della durata poliennale del contratto</p>



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	<p>La Copertura Assicurativa ha una durata poliennale, non è prevista la possibilità di rinnovo a scadenza.</p> <p>La durata della Polizza è pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente, con un limite massimo di 300 mesi (25 anni).</p> <p>In virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari all' 7,0% è prevista la facoltà di recedere dalle Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE, trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista la possibilità di sospendere volontariamente le garanzie.</p>



COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Revoca	<p>L'Aderente può revocare la proposta di Adesione, fino al momento in cui non sia venuto a conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia.</p>
Recesso	<p>L'Aderente può recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, senza obbligo di sostituzione, per la componente Vita, con altra Polizza autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), in quanto la Polizza è ad adesione facoltativa.</p> <p>La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente il premio pagato al netto dell'imposta di legge.</p> <p>L'Aderente ha la facoltà di recedere dalle sole Garanzie Danni sottoscritte (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE), trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza. La richiesta di recesso dovrà essere inviata alla Compagnia entro 60 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.</p> <p>La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente il premio pagato e non goduto relativo alle sole Garanzie Danni.</p> <p>Il suddetto diritto di recesso non si applica alla garanzia vita (Decesso), che resterà in vigore per l'intera durata contrattualmente prevista, fatto salvo il caso in cui la Compagnia eserciti le facoltà di recedere a sua volta dalla garanzia Vita.</p>

L'Aderente deve dare comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R indirizzata a: **CNP ASSURANCES S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia – Ufficio Portafoglio- Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano – portafoglio@cnpitalia.it.

Risoluzione

Non è prevista la possibilità di sospendere il pagamento dei Premi.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto è dedicato alle persone giuridiche che al momento della sottoscrizione della proposta:

- siano titolari di un conto corrente presso la banca distributrice;
- abbiano richiesto/in essere un Finanziamento con la banca;
- abbiano residenza fiscale in Italia;
- abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi quali Decesso, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, la Malattia Grave o Ricovero ospedaliero che, colpendo il soggetto Assicurato (Key Man), impediscono il completamento del piano previsto dal finanziamento ovvero la continuità nel pagamento delle rate.

Il soggetto Assicurato (Key Man), alla data di stipula del Finanziamento, deve avere un'età compresa tra 18 compiuti e 60 anni non compiuti e un'età a scadenza non superiore a 75 anni non compiuti.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

RAMO VITA E RAMI DANNI

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione** delle Coperture Assicurative DECESSO e INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTO TOTALE
In termini di % del premio netto versato
50,80%

I **costi di intermediazione** sono pari alla seguente percentuale:

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali (50,80%)
40,00%	78,74 %

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione** delle Coperture Assicurative RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTO TOTALE
In termini di % del premio netto versato
53,80%

I **costi di intermediazione** sono pari alla seguente percentuale:

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali (53,80%)
40,00%	74,35%

I costi per eventuali visite/esami medici richiesti dalla Compagnia in fase assuntiva sono a carico dell'Aderente cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

Il Presente contratto non è soggetto ad alcuna spesa di emissione.

In caso di rimborso del Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di Finanziamento, non viene trattenuto alcun costo a titolo di rimborso delle le spese sostenute per l'operazione.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami riguardanti le Garanzie DECESSO, INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito: **CNP**

ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - Fax: 02/72.60.11.50 - reclami@cnpitalia.it

Le compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06, pec: ivass@pec.ivass.it.
Info su www.ivass.it
Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi per iscritto all'Istituto di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) presso l'Ufficio Reclami con sede in: 61 rue Taitbout – 75436 Paris - Cedex 09 – Francia - corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Prima di ricorrere all'autorità giudiziaria è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:
- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le somme corrisposte per il caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.

DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di Invalidità Permanente da infortunio o malattia superiore al 5%, danno diritto ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito IRPEF dichiarato dall'Aderente alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Tale detrazione si intende maggiorata relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge”).

AVVERTENZE

IN CASO DI ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE DEL FINANZIAMENTO, OVVERO NEI CASI DI TRASFERIMENTO O DI ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO, LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTILA PARTE DI PREMIO PAGATA RELATIVA AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA, PUOI RICHIEDERE ALLA COMPAGNIA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA.

IN CASO DI ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO, LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI RESTITUITI LA QUOTA PARTE DI PREMIO IN PROPORZIONE ALLA QUOTA DI DEBITO ESTINTO ANTICIPATAMENTE. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE DI MANTENERE IN VIGORE LE COPERTURE FINO ALLA SCADENZA CONTRATTUALE INIZIALE.

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE E SOTTOSCRIVEREIL QUESTIONARIO MEDICO OVVERO IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL QUESTIONARIO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(VERSIONE 01/2019)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

PARTE I: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	1 di 19
ART. 1. OGGETTO DEL CONTRATTO: COPERTURE ASSICURATIVE	1 di 19
ART. 2. CAPITALE ASSICURATO INIZIALE E MASSIMALI	2 di 19
ART. 3. CUMULO.....	2 di 19
ART. 4. PRESTAZIONI IN CASO DI SOTTO-ASSICURAZIONE	2 di 19
ART. 5. PRESTAZIONI PREVISTE NEL PERIODO DI PREAMMORTAMENTO	2 di 19
ART. 6. PRESTAZIONI PREVISTE PER FINANZIAMENTI A DURATA VARIABILE.....	2 di 19
ART. 7. DESIGNAZIONE DI PIÙ KEY MEN PER LO STESSO CONTRATTO DI FINANZIAMENTO	2 di 19
ART. 8. PERDITA DEI REQUISITI PER IL KEY MAN	3 di 19
ART. 9. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE.....	3 di 19
ART. 10. OBBLIGHI DI CNP.....	3 di 19
ART. 11. DECORRENZA E TERMINE DELLE GARANZIE	4 di 19
ART. 12. ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL FINANZIAMENTO	4 di 19
ART. 13. ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO	5 di 19
ART. 14. LIMITI ASSUNTIVI – FORMALITÀ DI ASSUNZIONE	6 di 19
ART. 15. PAGAMENTO DEL PREMIO.....	6 di 19
ART. 16. DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE DALLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	7 di 19
ART. 17. BENEFICIARI	8 di 19
ART. 18. DENUNCIA DEL SINISTRO.....	8 di 19
ART. 19. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	9 di 19
ART. 20. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	9 di 19
ART. 21. INADEMPIMENTI E/O RITARDI DELL'ADERENTE	9 di 19
ART. 22. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	9 di 19
ART. 23. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	9 di 19
ART. 24. IMPOSTE E TASSE	9 di 19
ART. 25. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	9 di 19
ART. 26. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	9 di 19
ART. 27. CLAUSOLA LIBERATORIA.....	9 di 19
ART. 28. MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	9 di 19
ART. 29. RECLAMI	9 di 19
ART. 30. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	10 di 19
PARTE II: CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE	11 di 19
ART. 31. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE	11 di 19
ART. 32. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE.....	11 di 19
ART. 33. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI RICOVERO OSPEDALIERO.....	12 di 19
ART. 34. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA MALATTIA GRAVE	12 di 19
PARTE III: ESCLUSIONI	14 di 19
ART. 35. ESCLUSIONI	14 di 19
GLOSSARIO	17 di 19

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

RELATIVE ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 020000168

L'Assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché dalle previsioni contenute nel Modulo di Adesione e nel Modulo di consenso. I termini utilizzati nelle seguenti Condizioni di Assicurazione hanno il significato attribuito ai medesimi nel Glossario, che forma parte integrante e sostanziale delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'Adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dagli Istituti del Gruppo Banca Popolare di Bari (in seguito "Istituti" "Banche" o "Contraente") con CNP Assurances S.A. (di seguito CNP o Compagnia o Assicuratore).

La presente Polizza abbinata al Finanziamento, è facoltativa e non indispensabile all'ottenimento del Finanziamento stesso, inoltre può essere abbinata ad un Finanziamento di nuova erogazione o ad un Finanziamento in essere.

PARTE I: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1. OGGETTO DEL CONTRATTO: COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente ha stipulato la presente Polizza Collettiva al fine di consentire ai propri clienti, che aderiscono, di beneficiare nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, delle Coperture Assicurative per il Key Man da loro designato.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, verrà proposto all'Aderente il Pacchetto assicurativo che maggiormente soddisfi le esigenze di tutela del Key Man.

Pacchetti Assicurativi	Target Assicurabile	Coperture
Pacchetto A	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita)
Pacchetto B	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto C	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)

Prestazioni:

La Compagnia, per quanto di propria competenza, garantisce all'Aderente a fronte dell'adesione e del pagamento del Premio - le prestazioni previste dalle Coperture Assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto, nei limiti delle Condizioni ivi descritte.

Le prestazioni relative alle singole garanzie sono dettagliatamente descritte nella Parte II ("Condizioni particolari di Assicurazione"), mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nella Parte III ("Esclusioni") delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 1.1 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ – ADESIONE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Possano aderire alla Copertura Assicurativa gli Aderenti che:

1. Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, siano Clienti degli Istituti e abbiano stipulato con essi un Finanziamento;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione dell'Aderente;
3. siano titolari di un'azienda con residenza fiscale in Italia;
4. abbiano pagato il premio.

È assicurabile il Key Man, designato dall'Aderente che:

1. Ricopra uno dei seguenti ruoli per l'azienda Aderente: amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza);
2. abbia sottoscritto il Modulo di consenso dell'Assicurato;
3. abbia provveduto a compilare e sottoscrivere il Questionario Medico Semplificato o il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
4. sia residente in Italia;
5. abbia un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo, non inferiore a 18 anni, nè superiore a 60 anni non compiuti e alla scadenza del Finanziamento abbiano un'età non superiore a 75 anni non compiuti.

ART. 2. CAPITALE ASSICURATO INIZIALE E MASSIMALI

Il capitale inizialmente assicurato viene scelto dall'Aderente in misura pari o inferiore all'importo del Finanziamento se di nuova erogazione o al debito residuo del Finanziamento in essere risultante al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Per il medesimo finanziamento l'Aderente ha facoltà di designare quali Assicurati fino a quattro Key Men, ciascuno con la propria Polizza. Il Capitale minimo inizialmente Assicurabile non può essere inferiore a € 3.000.

Il Capitale massimo Assicurabile per Aderente è pari a € 1.000.000 mentre per singolo Assicurato è pari a € 500.000.

Qualora il finanziamento erogato (o il debito residuo in caso di finanziamento in essere) superi € 1.000.000 per Azienda e € 500.000 per singolo Assicurato il Capitale Assicurato sarà limitato a tali importi.

In caso di designazioni di più Key Men per il medesimo finanziamento, ai sensi del successivo art.7, il Capitale Assicurato per testa può essere liberamente ripartito tra gli Assicurati fermo restando i limiti sopra riportati.

ART. 3. CUMULO

La Compagnia, al momento dell'Adesione, effettua verifiche sui limiti di Capitale Assicurato per Aderente e per Assicurato tenendo conto della somma dei capitali assicurati di tutte le eventuali coperture di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio morte, sottoscritte tra l'Aderente, l'Assicurato e CNP. Se la somma dei Capitali (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Aderente e € 500.000 per Assicurato, la Compagnia non accetta il rischio.

ART. 4. PRESTAZIONI IN CASO DI SOTTO-ASSICURAZIONE

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato o al Debito Residuo in caso di Finanziamento in essere, la prestazione liquidata in caso di sinistro che si dovesse verificare nel periodo di ammortamento del Finanziamento, sarà pari:

- al debito residuo del Finanziamento alla data del sinistro, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato iniziale e l'ammontare del Finanziamento erogato o Debito Residuo in caso di Finanziamento in essere per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;
- alla rata mensile del Finanziamento moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato iniziale e l'ammontare del Finanziamento erogato o Debito Residuo in caso di Finanziamento in essere per la garanzia Ricovero Ospedaliero. Per la Garanzia Malattia Grave la rata di riferimento in caso di sotto assicurazione sarà calcolata con la medesima modalità.

ART. 5. PRESTAZIONI PREVISTE NEL PERIODO DI PREAMMORTAMENTO

Per i sinistri che si dovessero verificare nel periodo di preammortamento del Finanziamento, ovvero l'arco di tempo che intercorre tra la data di erogazione e la data di decorrenza del Finanziamento, la prestazione erogata dalla Compagnia sarà pari:

- per le garanzie con prestazione in capitale, ovvero Decesso e Invalidità Totale Permanente, al Capitale Assicurato iniziale così come meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione previste per tali garanzie;
- per la garanzia con prestazione in rata, ovvero Ricovero Ospedaliero alle sole rate interessi in scadenza nel perdurare del ricovero così come comunicato dall'Istituto alla Compagnia in base alle erogazioni effettuate e meglio precisate nelle Condizioni di Assicurazione previste per tali garanzie;
- per la garanzia Malattia Grave la rata di riferimento è pari alla rata interessi alla data di diagnosi della Malattia Grave così come comunicato dall'Istituto alla Compagnia e meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione previste per tale garanzia.

ART. 6. PRESTAZIONI PREVISTE PER FINANZIAMENTI A DURATA VARIABILE

Per i Finanziamenti che prevedono una durata variabile nel corso del contratto (ad esempio Finanziamenti a rata fissa e tasso e durata variabile o Finanziamenti che prevedono l'opzione di allungamento della durata) la prestazione erogata dalla Compagnia sarà sempre determinata in base al piano di ammortamento originario.

ART. 7. DESIGNAZIONE DI PIÙ KEY MEN PER LO STESSO CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Per ogni contratto di finanziamento l'Aderente può assicurare fino ad un massimo di quattro Key Men ciascuno con la propria Polizza. L'importo erogato (debito residuo in caso di finanziamento in essere) può essere:

- 1) ripartito in parti uguali per singola testa;
- 2) pari al 100% del valore per singola testa;
- 3) liberamente ripartito per singola testa.

ART. 8. PERDITA DEI REQUISITI PER IL KEY MAN

Qualora nel corso di validità del Contratto il Key Man dovesse perdere i requisiti previsti dall'art. 1.1 delle Condizioni di assicurazione (ricoprire, per l'azienda Aderente, il ruolo di amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale o figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa, comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza e/o essere residente in Italia) le garanzie cesseranno e la copertura non interverrà in caso di sinistro.

L'Aderente dovrà comunicare alla Compagnia la perdita dei suddetti requisiti (anche utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia) con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail a:

CNP Assurances S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

La Compagnia, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, provvederà a estinguere la Polizza, a rimborsare all'Aderente la parte di Premio, relativa alle garanzie, corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sulla base della seguente formula:

$$P * (n-t)/n$$

dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	60
Decorrenza Polizza	01/04/2017
Data perdita requisito del Key Man	19/07/2020
Premio Garanzie Netto Imposte Pacchetto C	€ 2.707,80
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	60
t: permanenza effettiva in copertura	39
Conteggio	
Rimborso del Premio Garanzie	€ 2.707,80 x (60-39-1):60 = € 902,60

CNP non tratterrà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente versato dall'Aderente saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

Art. 8.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEL REQUISITO DI ASSICURABILITÀ

I sinistri avvenuti successivamente alla perdita del requisito non verranno indennizzati anche qualora l'Aderente e/o l'Assicurato non abbiano provveduto a darne tempestiva comunicazione alla Compagnia.

Nel caso su indicato permane il diritto dell'Aderente a ricevere il rimborso del premio eventualmente pagato e non goduto sulla base di quanto riportato al punto precedente.

ART. 9. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel rispetto di quanto previsto dal successivo Art. 14 "Limiti Assuntivi – Formalità di assunzione" e dell'Art. 1.1 "Requisiti di assicurabilità – Adesione alle coperture assicurative", il Contraente si impegna a consentire alle aziende con le quali ha stipulato un contratto di Finanziamento di aderire alla presente Convenzione, attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il contraente si impegna a trasmettere tale modulo, unitamente al Modulo di consenso dell'Assicurato, a CNP. L'adesione si intende accettata sempre che non sia pervenuto al Contraente e all'Aderente il rifiuto da parte della Compagnia.

ART. 10. OBBLIGHI DI CNP

CNP rilascia al Contraente, in base alle adesioni da questo fornite, l'elenco degli Aderenti con l'indicazione per ciascuno delle prestazioni garantite e dei premi; tale elenco forma parte integrante della Convenzione. L'elenco è aggiornato mensilmente da CNP in base ai dati forniti dal Contraente. CNP provvede, inoltre, a fornire al Contraente il Set Informativo relativo alla Convenzione che viene consegnato agli Aderenti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

ART. 11. DECORRENZA E TERMINE DELLE GARANZIE

ART. 11.1 DECORRENZA DELLE GARANZIE

Le garanzie assicurate con la presente Polizza Collettiva decorrono dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza evidenziato sulla Lettera di Conferma (attivazione della Copertura Assicurativa) inviata al cliente da parte di CNP, a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e non gli sia pervenuto il rifiuto da parte della Compagnia a causa del mancato rispetto dei Limiti assuntivi (di cui all'Art. 14) o dei Requisiti di assicurabilità (di cui all'Art. 1.1) o ancora nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze indicate dall'Assicurato nel Questionario Medico.

ART. 11.2 DURATA DEL CONTRATTO E TERMINE DELLE GARANZIE

La durata della Copertura Assicurativa è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di attivazione della stessa e quella di scadenza del Finanziamento e non può essere superiore a 300 mesi (25 anni) comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento che non può essere superiore ai 12 mesi.

Le singole coperture hanno comunque termine:

- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata del contratto di Finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Finanziamento, nel caso in cui l'Aderente non richieda esplicitamente la prosecuzione della Copertura Assicurativa, inviando apposita comunicazione alla Compagnia (vedi art. 13 cfr.);
- alla data di scadenza della Copertura Assicurativa riportata nella Lettera di Conferma;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle presenti Condizioni di assicurazione;
- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità per il Key Man (vedi art. 8 cfr.);
- in caso di risoluzione per mancato pagamento del premio.

Ove, con riferimento a un medesimo contratto di Finanziamento, vi siano più Key Men designati come Assicurati, la cessazione per uno di essi della copertura non pregiudica la continuazione delle Coperture Assicurate a favore degli altri.

ART. 11.3 TERMINE DELLE GARANZIE PER I FINANZIAMENTI A DURATA VARIABILE

Per i Finanziamenti a rata fissa e tasso e durata variabile la Copertura Assicurativa ha valore per una durata non superiore a quella stabilita dal piano di ammortamento originario del Finanziamento (fermo restando le limitazioni riportate agli articoli precedenti).

ART. 12. ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione parziale del Finanziamento, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo, e provvederà a rimborsare la quota parte di premio pagato e non goduto entro 30 giorni dalla data di estinzione del Finanziamento, nella misura corrispondente alla quota estinta.

La Compagnia, provvederà, alla restituzione all'Aderente della quota parte di premio di cui sopra, calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro:

$(\text{Premio} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)] * \text{Cap_est} / \text{DR}$

Rimborso dei Costi:

$\text{Costi} * [(n-t) / n] * \text{Cap_est} / \text{DR}$

dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

DR = debito residuo prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	60
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Parziale Mutuo	19/07/2021
Importo dell'estinzione anticipata parziale	€ 10.000
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 37.000
Premio Netto Imposte Pacchetto c	€ 2.707,80
Costi	€ 1.841,29
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	60
t: permanenza in copertura (mesi interi)	39

Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(2.707,80 - 1.841,29) * [(60-39) * (60-39+1)] / [60 * (60+1)] * 10.000 / 37.000$
Rimborso dei Costi	$1.841,29 * [(60-39) / 60] * 10.000 / 37.000$
Totale Premio da rimborsare	$€ 29,56 + € 174,18 = € 203,74$

La Compagnia non tratterrà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente versato dall'Aderente saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dalla Compagnia sul conto corrente indicato dall'Aderente.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del nuovo piano di ammortamento.

La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali non sia stato riproporzionato il capitale assicurato residuo.

In alternativa al rimborso parziale del premio, l'Aderente può richiedere, per iscritto, alla Compagnia, anche utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie alle condizioni originariamente sottoscritte. In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario.

La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali sia stato riproporzionato il capitale.

ART. 13. ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata totale del Contratto di Finanziamento, ovvero nei casi di trasferimento o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/accollo del Finanziamento. La Compagnia restituirà all'Aderente entro 30 giorni dalla data di estinzione, la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

Rimborso del Premio Puro: $(\text{Premio} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)] * \text{Cap_est} / \text{DR}$

Rimborso dei Costi: $\text{Costi} * [(n-t) / n] * \text{Cap_est} / \text{DR}$

dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

DR = debito residuo prima dell'estinzione totale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata totale versato dal cliente

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	60
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Totale Mutuo	19/07/2021
Importo dell'estinzione anticipata totale	€ 37.000
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 37.000
Premio Netto Imposte Pacchetto c	€ 2.707,80
Costi	€ 1.841,29
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	60
t: permanenza in copertura (mesi interi)	39
Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(2.707,80 - 1.841,29) * [(60-39) * (60-39+1)] / [60 * (60+1)] * 37.000 / 37.000$
Rimborso dei Costi	$1.841,29 * [(60-39) / 60] * 37.000 / 37.000$
Totale Premio da rimborsare	$€ 109,38 + € 644,45 = € 753,83$

La Compagnia non tratterà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente versato dall'Aderente saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dalla Compagnia sul conto corrente indicato dall'Aderente.

In alternativa al rimborso del premio, l'Aderente può richiedere, per iscritto, alla Compagnia, anche utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale. In tal caso le garanzie rimarranno in essere alle condizioni contrattuali originarie, salvo il caso in cui siano intervenute precedenti estinzioni parziali per le quali sia stato rimborsato il rateo di premio pagato e non goduto.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario. La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali sia stato riproporzionato il capitale assicurato residuo.

ART. 14. LIMITI ASSUNTIVI – FORMALITÀ DI ASSUNZIONE

L'Aderente e l'Assicurato manifestano l'interesse alla Polizza Collettiva rispettivamente mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione e del Modulo di consenso all'adesione.

Al momento della sottoscrizione l'Assicurato dovrà avere una età compresa tra i 18 ed i 60 anni non compiuti. Non potranno essere assicurati coloro il cui Finanziamento scade successivamente alle ore 00:00 del giorno del compimento dei 75 anni.

La Proposta di adesione alla Copertura Assicurativa, rappresentata dal Modulo di Adesione, ha validità pari a 180 giorni dalla data della sua sottoscrizione.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Adesione e del Modulo di Consenso, completato in ogni parte e firmato rispettivamente dall'Aderente e dall'Assicurato in cui quest'ultimo dovrà, in base al Capitale Assicurato iniziale, dare indicazioni sul proprio stato di salute rispondendo alle domande del Questionario Medico Semplificato o Completo secondo il seguente schema:

Capitale Assicurato	Modalità di assunzione
Fino a € 200.000,00	Questionario Medico Semplificato
da € 200.000,01 a € 300.000,00	Questionario Medico Completo
da € 300.000,01 a € 500.000,00	Questionario medico completo + Esami Medici

Qualora l'Assicurato non sia in grado di rispondere negativamente a tutte le domande del Questionario medico semplificato, dovrà compilare il Questionario Medico Completo che verrà valutato dalla Compagnia.

Una volta visionato il Questionario Medico Completo, CNP si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato, qualora ve ne fosse necessità, di sottoporsi a visite mediche o accertamenti diagnostici, se necessari per una corretta valutazione del rischio.

Il contratto si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente della Lettera di Conferma di CNP con la quale viene accettata l'assunzione, fermo restando che l'efficacia del contratto è subordinata al pagamento del premio.

Diversamente verranno informati del rifiuto, tramite apposita comunicazione, sia l'Aderente che il Contraente.

Il costo degli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Aderente.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le AVVERTENZE contenute nei questionari medici relativamente alla loro compilazione.

ART. 15. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio dovuto alla Compagnia per le Coperture Assicurative viene versato in un'unica soluzione (Premio Unico Anticipato) e varia in funzione:

- della durata del Finanziamento (Durata Residua in caso di Finanziamento in essere)
- dell'importo del Capitale Assicurato (Debito Residuo in caso di Finanziamento in essere)
- del Pacchetto Assicurativo sottoscritto

L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione.

Il Premio viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Aderente a fronte dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto, contenuta nel Modulo di Adesione.

L'incasso di tale somma da parte dell'Istituto sarà effettuato al momento della emissione della Lettera di Conferma.

Se il premio non viene pagato contestualmente all'emissione della Lettera di Conferma la polizza non si perfeziona e l'efficacia della Copertura Assicurativa non decorre.

L'incasso del Premio da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

AVVERTENZA:

Il premio non include il rischio inerente l'esercizio di attività sportive e lavorative ritenute pericolose indicate all'Art. 35 (Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose) delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ciò in quanto la Copertura non interviene qualora il sinistro si verifichi in tali circostanze.

ART. 16. DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE DALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'Aderente può recedere entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative indicata nella Lettera di Conferma dandone comunicazione a CNP tramite raccomandata a.r o e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata. La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa all'Aderente, il premio pagato al netto dell'imposta di legge.

ART. 16.1 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE DALLE COPERTURE DANNI

Oltre al diritto di recesso di cui all'Art.16, l'Aderente ha la facoltà di recedere per le sole Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave), trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza, in virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari al 7% ai sensi dell'Art. 1899 c.c. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto. Il suddetto diritto non si applica alla garanzia vita (Decesso), che resterà in vigore per l'intera durata contrattualmente prevista, salvo quanto indicato al successivo art. 16.1.1.

La comunicazione di Recesso, contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata, dovrà essere inviata, entro 60 giorni prima della scadenza dell'annualità, tramite e-mail o con lettera raccomandata A/R indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02 / 72.60.11.51
cnp@pec.cnpitalia.it

La Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio relativa alle garanzie danni corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sulla base della seguente formula:

$$P * (n-t-1)/n$$

dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e relativo alle sole garanzie danni

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	84
Decorrenza Polizza	01/04/2017
Data ricezione richiesta di recesso	19/07/2022
Data effetto recesso	31/03/2023
Premio Garanzie Danni Netto Imposte Pacchetto C	€ 2.253,70
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	84
t (permanenza effettiva in copertura)	72
Conteggio	
Rimborso del Premio Garanzie Danni	€ 2.253,70 x (84-72-1):84 = € 295,13

Art. 16.1.1 FACOLTÀ DI RECESSO DELLA COMPAGNIA DALLA GARANZIA VITA

A seguito della richiesta di Recesso dalle Coperture Danni di cui al punto 16.1, la Compagnia avrà a sua volta la possibilità di recedere dalla copertura Vita (DECESSO).

In tal caso la Compagnia provvederà ad estinguere l'intera Polizza con effetto a partire dall'annualità successiva a quella nella quale è stato richiesto il recesso e a rimborsare la quota parte di Premio pagata e non goduta sul c/c dell'Aderente.

L'eventuale recesso della Compagnia, dalla Copertura Vita, verrà comunicato all'Aderente entro 30 giorni prima della scadenza dell'annualità. L'assenza di invio, e quindi la mancata ricezione da parte dell'Aderente di tale comunicazione, dovrà intendersi come rinuncia della Compagnia di recedere e proseguimento tacito della Polizza con la sola Copertura Vita.

ART. 16.2 DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA

CNP ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data Decorrenza delle Coperture Assicurative, dandone comunicazione all'Assicurato medesimo, con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendogli il Premio versato.

ART. 17. BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Polizza Collettiva è l'Aderente.

ART. 18. DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione possono essere inviati mediante posta, o fax oppure via e-mail ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

Documentazione per l'istruttoria del sinistro

Ai fini della corretta valutazione del sinistro Decesso, la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati:

○ ***DECESSO tutte cause (documenti da presentare da parte del Beneficiario)***

- Certificato di morte.
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso).
- Certificato del medico che ha constatato il decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale.
- Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente.
- Copia della patente di guida, se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo.
- Copia della prima cartella clinica con cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il Decesso.
- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche.
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data del decesso, della carica del Key Man presso l'azienda.

AVVERTENZA:

Il Beneficiario si impegna a cooperare in buona fede con la Compagnia fornendo tutta la documentazione di carattere medico - sanitario, di cui fosse già in possesso, riferita al sinistro.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro per ciascuna delle prestazioni sotto elencate, la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati:

○ ***INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE***

- Attestazione di Invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo.
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

○ ***Qualora l'Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione eventualmente fornita dagli eredi.***

○ ***RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA***

- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero
- Copia del piano di ammortamento del finanziamento abbinato alla polizza
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

○ ***MALATTIA GRAVE***

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave.
- Copia di referti medici e dell'eventuale cartella clinica relative alla Malattia Grave.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia sinistri messo a disposizione da CNP.

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire a CNP di effettuare le valutazioni del caso.

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a:

CNP - SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800.222.662

ART. 19. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

In base alla presente Polizza Collettiva la Compagnia corrisponderà eventuali indennizzi direttamente al Beneficiario delle prestazioni così come identificato all'Art. 17.

ART. 20. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

CNP, dopo la denuncia di un sinistro per uno degli eventi coperti dalla presente Polizza Collettiva, qualora questo sia indennizzabile, provvederà entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, ovvero all'accertamento dovuto, nei casi in cui ciò sia previsto, a corrispondere le somme dovute.

ART. 21. INADEMPIMENTI E/O RITARDI DELL'ADERENTE

Le presenti garanzie continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Aderente verso l'Istituto in base al rapporto di Finanziamento.

Alla determinazione degli indennizzi dovuti da CNP, non concorreranno le rate del Finanziamento risultanti non corrisposte dall'Aderente agli Istituti per cause diverse da quelle garantite dalla presente Polizza Collettiva.

Gli Istituti provvederanno a comunicare a CNP la parte di debito da indennizzare.

ART. 22. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

CNP rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile.

ART. 23. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il Codice Civile (art. 2952) dispone che per le assicurazioni danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero), i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Per le assicurazioni sulla vita (Decesso), i diritti si prescrivono nel termine ordinario di dieci anni, decorsi i quali le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

ART. 24. IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza collettiva sono a carico dell'Aderente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

ART. 25. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge in materia.

ART. 26. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

In caso di disdetta della presente Polizza Collettiva da parte del Contraente o della Compagnia, resta salvo per ogni Aderente il diritto alle prestazioni per le adesioni già perfezionate. Queste ultime verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni che regolano le singole garanzie assicurate.

ART. 27. CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Polizza Collettiva, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o prima del sinistro, eventualmente incaricati da CNP dell'esame del sinistro stesso.

ART. 28. MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al presente contratto saranno devolute ad un tentativo di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione più vicino alla Residenza o, se diverso, del Domicilio Elettivo dall'Aderente.

Per qualsiasi controversia relativa o connessa al presente Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo dell'Aderente.

ART. 29. RECLAMI

La Compagnia è competente per i reclami che hanno per oggetto lamenti sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia stessa.

I reclami riguardanti le Garanzie dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Reclami
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
reclami@cnpitalia.it

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il comportamento tenuto dagli intermediari Banche durante l'attività di distribuzione devono essere inoltrati direttamente a questi ultimi presso i recapiti forniti nell'informativa: "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" contenuta nel c.d. Allegato 4.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, a mezzo posta oppure via fax allo 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

Per la stesura del reclamo da presentare a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Guida ai reclami" o collegandosi al seguente link: http://www.ivass.it/ivass/cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf, o ancora sul sito della Compagnia www.cnpitalia.it nella Sezione dedicata ai reclami.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi per iscritto all'Istituto di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) presso l'Ufficio Reclami con sede in: 61 rue Taitbout – 75436 Paris - Cedex 09 – Francia - corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:

- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

Si ricorda infine che è possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria per la risoluzione di eventuali controversie derivanti dal presente Contratto, previo esperimento obbligatorio del processo di mediazione, ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni (cfr. art 28 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

ART. 30. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte e/o di reticenze siano relative a circostanze tali, per le quali CNP non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

In tali casi la Compagnia può avvalersi delle disposizioni normative sopra citate, in particolare:

a) l'art. 1892 del Codice Civile, qualora la dichiarazione inesatta o reticente avvenga con dolo o colpa grave, assumendo il diritto di:

- dichiarare l'annullamento del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Tale termine non è previsto se il riconoscimento avviene a seguito del sinistro;
- rifiutare, in ogni tempo, la prestazione assicurata;
- per l'effetto, restituire il premio non goduto a decorrere dal momento in cui la Compagnia ha preso conoscenza della dichiarazione inesatta o reticente.

b) l'art. 1893 del Codice Civile, qualora la dichiarazione inesatta o reticente avvenga senza dolo o colpa grave, assumendo il diritto di:

- recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- ridurre, le prestazioni assicurate in proporzione al maggior rischio accertato e al premio superiore che sarebbe stato richiesto in sede di stipulazione del presente contratto;
- per l'effetto, di restituire il premio non goduto a decorrere dal momento in cui la Compagnia ha preso conoscenza della dichiarazione inesatta.

c) *L'art. 1894 prevede che nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.*

PARTE II: CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 31. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE PACCHETTI A - B - C

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 35, il rischio coperto è il decesso per qualsiasi causa.

Indennizzo

CNP con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, **fermo restando le esclusioni all'art. 35**, corrisponderà al Beneficiario un capitale il cui importo è pari:

- nel periodo di ammortamento dei Finanziamenti: all'ammontare del debito che, alla data del decesso dell'Assicurato, residua dal rapporto di Finanziamento. Dal calcolo sono esclusi eventuali importi di rate insolte scadute prima dell'evento. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato (o Debito residuo per i Finanziamenti in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Finanziamenti nuovi al Capitale Assicurato iniziale.

L'indennizzo della Garanzia Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della Garanzia Invalidità Totale Permanente.

Pertanto, qualora nel corso della valutazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente dovesse sopraggiungere il Decesso, tale garanzia potrà intervenire solo se l'Invalidità risulta non liquidabile.

ART. 31.1 RISCATTO

La presente Assicurazione temporanea caso morte non prevede alcun valore di riscatto.

ART. 31.2 CARENZA

La copertura assicurativa per il Decesso è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se la morte è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora il decesso insorga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 32. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE PACCHETTI B - C

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 35, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% causata da Infortunio o Malattia.

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente **di grado pari o superiore al 66%** entro 2 anni dall'infortunio (per i Pacchetti B e C) o dalla data di diagnosi della Malattia (solo per il Pacchetto B) verificatesi durante il periodo contrattuale, **fermo restando le esclusioni all'art. 35**, CNP garantisce la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Finanziamenti: all'ammontare del debito che alla data del verificarsi dell'infortunio residua dal rapporto di Finanziamento contratto dall'Assicurato verso il Contraente. Dal calcolo sono esclusi eventuali importi di rate insolte scadute prima dell'evento. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato (o Debito residuo per i Finanziamenti in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Finanziamenti nuovi: al Capitale Assicurato iniziale.

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente, potrà essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia, in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia dell'evento. Per data dell'evento si intende la data di accertamento dell'Invalidità generata dall'Infortunio o dalla malattia diagnosticata.

Il grado di Invalidità Totale Permanente da Infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute.

Il grado di Invalidità Totale Permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

L'indennizzo della Garanzia Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della Garanzia Decesso.

ART. 32.1 CARENZA

In caso di sottoscrizione del Pacchetto B la garanzia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se l'Invalidità Totale Permanente è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora l'Invalidità insorga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 33. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI RICOVERO OSPEDALIERO PACCHETTO C

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 35, il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

Indennizzo

CNP garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali e **fermo restando le esclusioni all'art. 35**, la corresponsione di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Finanziamenti all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) che hanno scadenza, **trascorsi 7 giorni di franchigia**, durante il restante periodo del ricovero stesso, con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato (o Debito residuo per i Finanziamenti in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Finanziamenti, all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle **rate solo interessi** così come comunicate dall'Istituto che hanno scadenza, trascorsi 7 giorni di franchigia, durante il restante periodo del ricovero stesso, **con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile**. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato, la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

AVVERTENZA

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla garanzia Malattia Grave. La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene negli 8 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

CNP liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 36 nel corso della durata contrattuale.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

ART. 33.1 FRANCHIGIA

La copertura assicurativa per il Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 7 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di ricovero ospedaliero.

ART. 33.2 CARENZA

La copertura assicurativa per il Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora il ricovero avvenga entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 33.3 DENUNCE SUCCESSIVE

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi ricoveri ospedalieri salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 30 giorni consecutivi o 180 giorni consecutivi se la causa è la stessa che ha causato il precedente ricovero.

ART. 34. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA MALATTIA GRAVE PACCHETTO C

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 35, il rischio coperto è una delle Malattie Gravi di seguito riportate.

Indennizzo

CNP garantisce, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, **fermo restando le esclusioni all'art. 35**, la corresponsione in un'unica soluzione di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Finanziamenti a 8 rate mensili di finanziamento. L'ammontare della rata mensile di riferimento per la determinazione dell'indennizzo sarà quella risultante dal Piano di Ammortamento con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato (o Debito residuo per i Finanziamenti in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;

- nel periodo di preammortamento dei Finanziamenti, a 8 rate mensili solo interessi del Finanziamento. L'ammontare della rata mensile solo interesse di riferimento per la determinazione dell'indennizzo sarà quella comunicata dall'Istituto con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave **con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile**. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Finanziamento erogato la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

Qualora la durata residua del piano di ammortamento originario fosse inferiore al numero di rate mensili da liquidare, l'importo liquidato sarà pari a tante rate quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.

AVVERTENZE: Si precisa che è indennizzabile un solo Sinistro per Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato nel corso della durata dell'Assicurazione.

La prestazione di Malattia Grave non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla garanzia Ricovero Ospedaliero. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per Malattia Grave, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

La Copertura Assicurativa non prevede il pagamento di alcuna prestazione per Malattia Grave qualora il decesso dell'assicurato avvenga nei primi 30 giorni successivi alla diagnosi della stessa (periodo di sopravvivenza).

Ai fini della presente copertura sono considerati indennizzabili - in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza- i sinistri derivanti dalle seguenti patologie:

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

ART. 34.1 CARENZA

La Compagnia applicherà un periodo di carenza di 60 giorni.

Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Malattia Grave se durante i primi 60 giorni dalla data di effetto della garanzia:

- l'assicurato presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati portano alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi;
- all'assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi coperte.

Inoltre, per quanto riguarda la garanzia Malattia Grave, la polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle Malattie Gravi coperte di cui l'Assicurato abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura.

PARTE III: ESCLUSIONI

ART. 35. ESCLUSIONI

Le coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) **Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- 2) **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- 3) **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo)**
- 4) **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
- 5) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- 6) **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- 7) **dolo dell'assicurato;**
- 8) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- 9) **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- 10) **i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- 11) **i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.**

Relativamente al solo rischio Decesso la garanzia non è inoltre operante nel seguente caso:

- 12) **suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza.**

Relativamente ai soli rischi Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero la garanzia non è inoltre operante nei seguenti casi:

- 13) **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**
- 14) **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**
- 15) **atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;**
- 16) **trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- 17) **sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;**
- 18) **conseguenze della pratica dei seguenti sport : equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;**
- 19) **tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
- 20) **conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione**
- 21) **gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.**

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

22) Specifiche esclusioni per il CANCRO

- *tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;*
- *qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione ;*
- *tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;*
- *tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;*
- *melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;*
- *tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;*
- *qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;*
- *tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.*

23) Specifiche esclusioni per l'INFARTO

- *L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio;*
- *Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta.*

24) Specifiche esclusioni per l'ICTUS

- *attacco ischemico transitorio (TIA);*
- *danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;*
- *Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;*
- *Disturbi ischemici del sistema vestibolare;*
- *Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.*

25) Specifiche esclusioni INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

- *l'angioplastica a palloncino (PTCA);*
- *il cateterismo del cuore;*
- *la risoluzione chirurgica tramite laser;*
- *tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose;*
- *le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.*

26) Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

- *tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.*

Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose

Sono altresì esclusi dalla Copertura Decesso e l'Invalidità Totale e Permanente i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento - anche occasionale - di una delle seguenti Attività Sportive e Lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE:

1. *Alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine > 3.000 metri, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta.*
2. *Speleologia.*
3. *Sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ULM, elicottero, aliante ecc).*
4. *Immersioni subacquee.*
5. *Caccia grossa, safari.*
6. *Equitazione (competizioni equestri).*
7. *Skeleton.*
8. *Rafting.*
9. *Partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore.*
10. *Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa).*
11. *Competizioni ciclistiche.*
12. *Canoa, kayak.*
13. *Pugilato e lotta.*
14. *Atletica pesante.*
15. *Altri sport comunemente definiti "estremi".*

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

1. **Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni).**
2. **Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino.**
3. **Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore).**
4. **Carpentieri in metallo.**
5. **Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali).**
6. **Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere.**
7. **Attività che comportano l'utilizzo di altiforni.**
8. **Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche.**
9. **Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche.**
10. **Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico).**
11. **Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive.**
12. **Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V.**
13. **Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo).**
14. **Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti).**
15. **Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub).**
16. **Attività che prevedono lavori di sterramento.**
17. **Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico).**
18. **Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori).**
19. **Attività in alta montagna (es. guide alpine).**
20. **Addetti al settore petrolifero.**
21. **Collaudatori di autoveicoli e motocicli.**
22. **Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo.**
23. **Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai.**
24. **Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori).**
25. **Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).**

Data ultimo aggiornamento Gennaio 2019.

GLOSSARIO

Aderente

L'Azienda, l'Ente o la Ditta individuale con residenza fiscale in Italia che ha richiesto/ha in essere un finanziamento con il Contraente, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio di assicurazione.

Ammortamento

Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di Finanziamento.

Assicurato

La persona fisica (Key Man della Azienda che ha sottoscritto il Finanziamento) designata dall'Aderente, che presenta i requisiti di assicurabilità previsti all'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione e che ha sottoscritto il Modulo di consenso dell'Assicurato.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione (Polizza Collettiva) e il suo contenuto.

Beneficiario

L'azienda Aderente alla Polizza Collettiva, intestataria del Finanziamento erogato dall'Intermediario Contraente della Polizza Collettiva.

Capitale Assicurato Iniziale

La somma indicata nel Modulo di Adesione per cui è prestata la copertura.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della polizza durante il quale le garanzie non sono operative. Ciò significa che, se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnia

CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano.

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il contratto di assicurazione.

Conclusione del contratto o perfezionamento

Momento in cui l'Aderente riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, previo pagamento del Premio.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

La BANCA POPOLARE DI BARI S.C.p.A., Corso Cavour, 19 - 70122 Bari che agisce in nome e per conto della Cassa di Risparmio di Orvieto.

Contratto di Finanziamento

Il contratto di Finanziamento, rientrante nell'ambito dei Prestiti e/o Mutui Business di nuova erogazione o in essere stipulato dall'Aderente, al quale è abbinata la Copertura Assicurativa. Potranno essere assicurati i Finanziamenti di durata (o durata residua) non superiore ai 25 anni comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento pari al massimo a 12 mesi.

Contratto di Polizza

Costituito dal presente Fascicolo Informativo, dal Modulo di Adesione firmato dall'Aderente e dal Modulo di Consenso firmato dall'Assicurato, unitamente alla Lettera di Conferma della Compagnia.

Copertura Assicurativa

Garanzia assicurativa collettiva e **Facoltativa** prestata dalla Compagnia all'Aderente ai sensi della Polizza Collettiva e che prevede il pagamento di un indennizzo, a favore del Beneficiario, al verificarsi del sinistro.

Debito Residuo

Debito del Finanziamento in linea capitale risultante alla data del sinistro. Dal calcolo sono esclusi eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'evento.

Data di Decorrenza della copertura assicurativa

Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare; coincide con le ore 24,00 della data indicata nella Lettera di Conferma.

DIP Danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP Vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

DIP Aggiuntivo Multirischi

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Efficacia del Contratto

Il contratto è efficace dal momento in cui l'Aderente paga il premio.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni, relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione, in presenza dei quali la copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, non è operante.

Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile in termini di polizza, il Beneficiario non ha diritto ad alcun indennizzo.

Indennizzo

La somma dovuta da CNP in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono inoltre parificati agli infortuni, a titolo esemplificativo: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e della malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente

Per Invalidità Totale Permanente si intende la perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, purché proficuo e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile, ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare come base di partenza la tabella delle percentuali allegata al DPR 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

Il grado di Invalidità Totale Permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Qualora l'evento invalidante si verifichi quando l'Assicurato è già in quiescenza, e pertanto il criterio di riconoscimento dell'invalidità permanente non può essere applicato in riferimento alle capacità lavorative, si utilizza il criterio di "perdita di autosufficienza" definito come segue.

L'Assicurato è riconosciuto colpito da Invalidità Totale e Permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia).
- Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici, senza l'assistenza di una terza persona.
- Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).
- Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.
- Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Istituti

La Banca Popolare di Bari, la Cassa di Risparmio di Orvieto e tutti gli Istituti appartenenti al Gruppo Banca Popolare di Bari che agiscono in qualità di Intermediari e che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con l'Aderente.

Ivass

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.

Key Man/Key Men

Persona fisica che all'interno dell'Azienda Aderente possiede uno dei seguenti ruoli: amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza).

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Grave

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione dell'Aderente

La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente per l'adesione alla Polizza Collettiva che contiene la designazione dell'Assicurato e tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Modulo di consenso dell'Assicurato

Il Modulo, parte integrante della Polizza, sottoscrivendo il quale l'Assicurato designato dall'Aderente presta il proprio consenso per la validità dell'assicurazione e che contiene dichiarazioni rilevanti ai fini del Contratto.

Morte

Il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

Preammortamento

Periodo che intercorre tra la data di erogazione e la data di decorrenza del Finanziamento nel quale le rate pagate sono costituite dalla sola quota interessi.

Premio

Il premio che viene versato dall'Aderente per il tramite del Contraente a CNP in relazione alle coperture prestate con la presente polizza.

Questionario Medico Semplificato/Completo

Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Ricovero Ospedaliero

Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, dovuto ad infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Set Informativo

Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente prima della sottoscrizione del contratto. E' composto dal DIP Danni, dal DIP Vita, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-simile del Modulo di Adesione, dal Fac-Simile del Modulo di Consenso dell'Assicurato e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

MODULO DI ADESIONE

FAC SIMILE

(VERSIONE 01/2019)

MODULO DI CONSENSO DELL'ASSICURATO

FAC SIMILE

(VERSIONE 01/2019)

MODULO DI PROPOSTA FACOLTATIVA DELL'ADERENTE

alla Polizza Collettiva N° <COLLETTIVA> Protezione Finanziamento Business

PROPOSTA DI ADESIONE N°

DATI ADERENTE

Ragione Sociale	<input type="text"/>		
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Partita IVA	<input type="text"/>
Forma giuridica	<input type="text"/>		
REA	<input type="text"/>		
Rappresentante Legale	<input type="text"/>		
C.F.	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
Sede in	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
		Prov.	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>		

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

Sede in	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
		Prov.	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>		

L'Aderente dichiara che i Titolari Effettivi dell'Azienda sono:

1. Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Nato il	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>
2. Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Nato il	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>
3. Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Nato il	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>
4. Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Nato il	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>
5. Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Nato il	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>

DESIGNAZIONE ASSICURATO

Cognome	<input type="text"/>		
Nome	<input type="text"/>		
C.F.	<input type="text"/>		

DATI CONTRATTO FINANZIAMENTO

Istituto	<input type="text"/>	Contratto n°	<input type="text"/>
Durata/Durata residua	<input type="text"/>	mesi	Durata Preammortamento
			<input type="text"/>
Importo erogato/Debito residuo	<input type="text"/>		

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO E AL CAPITALE ASSICURATO

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<input type="checkbox"/> DECESSO tutte cause <input type="checkbox"/> INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio <input type="checkbox"/> INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Malattia <input type="checkbox"/> RICOVERO OSPEDALIERO e MALATTIA GRAVE

Capitale Assicurato Iniziale

Euro

DATI RELATIVI AL PREMIO

Premio Unico*

Euro

Di cui Imposte

*Comprensivo di costi di emissione pari a Euro 0,00

Costi complessivi (compresi nel premio lordo)

Euro

Di cui importo percepito dall'Intermediario (€)

Euro

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVA

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Polizza Collettiva è l'Aderente.

Data

Firma Aderente

DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente:

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- di essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è FACOLTATIVA e che la concessione del Finanziamento non è subordinata all'Adesione alla stessa;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del Finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;
- di prestare il consenso necessario per la validità della garanzia Decesso (art. 1919 Codice Civile);
- che tutte le informazioni da me fornite e contenute nella presente Proposta di Adesione, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- che l'Azienda o la Ditta Individuale che rappresento ha residenza fiscale in Italia.

PRENDE ATTO

- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e del Modulo di Consenso da parte del Key Man Assicurato;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a 180 giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del Premio;
- che è possibile recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (indicata nella Lettera di Conferma) inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A. Via Bocchetto, 6 - 20123 Milano - portafoglio@cnpitalia.it;

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

- che in caso di Capitale Assicurato inferiore all'importo del Finanziamento erogato (debito residuo in caso di Finanziamento in essere), gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto esistente tra i due importi;
- che la Compagnia, in caso di rimborso del Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di Finanziamento, tratterà un costo pari a euro 0,00 a titolo di rimborso delle le spese sostenute per l'operazione;
- **che ai fini della determinazione della misura del premio delle garanzie Danni, è stata riconosciuta una riduzione pari al 7% del premio medesimo, in ragione della durata poliennale della Polizza; pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 Cod. Civ., il recesso dalle sole garanzie danni, non è consentito nei primi 5 anni dalla Decorrenza del Contratto di Assicurazione;**
- della seguente AVVERTENZA:
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richieste per la possono compromettere il diritto alla prestazione;
- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Proposta di Adesione di Adesione e Lettera di Conferma), nonchè le comunicazioni in corso di contratto (cfr. art. 18 Regolamento IVASS 41/2018), vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo.

Data

Firma Aderente

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Aderente prende atto che la Compagnia ha conferito all'Istituto apposito mandato all'incasso. L'unica modalità di pagamento prevista è in un'unica soluzione. L'Aderente/Assicurato autorizza l'Istituto a trattenere l'importo del Premio dal suo conto corrente prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del Premio unico a favore della Compagnia.

IBAN del Titolare del Conto Corrente

Data

Firma Aderente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver **RICEVUTO** l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- di aver **RICEVUTO** il Set Informativo contenente le Condizioni di Assicurazione, il DIP Danni, il DIP Vita, il DIP Aggiuntivo Multirischi, il Glossario, e il Fac-simile del Modulo di Adesione e l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- di aver, **LETTO, COMPRESO e ACCETTATO** le condizioni di assicurazione contenute nella documentazione consegnata;
- di aver reso disponibile anche all'Assicurato il Set Informativo consegnatogli.

Data

Firma Aderente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C.C. l'Aderente dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione: Art. 1.1 (Requisiti di Assicurabilità - Adesione alle Coperture assicurative), Art. 2 (Capitale Assicurato iniziale e massimali), Art. 4 (Prestazioni in caso di sotto-assicurazione), Art. 8 (Perdita dei requisiti per il Key Man), Art. 11.2 (Durata del contratto e Termine delle Garanzie), Art. 14 (Limiti assuntivi - Formalità di Assunzione), Art. 28 (Mediazione e Foro Competente), Artt. 31.2, 32.1, 33.2, 34.1 (Carenza), Art. 33.1 (Franchigia), Art. 33.3 (Denunce successive), Art. 35 (Esclusioni).

Data

Firma Aderente

MODULO DI CONSENSO DELL'ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° <COLLETTIVA> Protezione Finanziamento Business

PROPOSTA DI ADESIONE N°

DATI ASSICURATO

Cognome	<input type="text"/>			
Nome	<input type="text"/>			
C.F.	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	
		Sesso	<input type="text"/>	
a	<input type="text"/>		Prov.	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>			
Residente in	<input type="text"/>			
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	
		Prov.	<input type="text"/>	
Nazione	<input type="text"/>			
Telefono	<input type="text"/>			
Documento di identità	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>	
Ente di rilascio	<input type="text"/>			
Città	<input type="text"/>		Prov.	<input type="text"/>
Nazione	<input type="text"/>			
Data di emissione	<input type="text"/>	Data di scadenza	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>			
Designato quale Assicurato dall'Aderente	<input type="text"/>			

L'Assicurato:

PRESO ATTO

- che l'Intermediario ha sottoscritto, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., con CNP Assurances S.A. la Polizza Collettiva sopra riportata per la copertura del Key Man (Assicurato) designato dall'Aderente che ha dichiarato di voler aderire a tale copertura;
- che l'Aderente ha designato il sottoscritto quale soggetto Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva;
- che la validità della Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico. CNP avrà facoltà di rifiutare, a propria discrezione, l'accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che il Set Informativo è stato consegnato all'Aderente e che il sottoscritto potrà richiedere allo stesso di prenderne visione;
- che per certificare il proprio stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a carico dell'Aderente e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta;
- della seguente **AVVERTENZA**:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e sui dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione;

- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato come la documentazione precontrattuale (DIP Danni, DIP Vita, DIP Aggiuntivo Multirischi e Condizioni di Assicurazione) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto (cfr. art. 18 del Regolamento IVASS 41/2018), vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo.

DICHIARA

- di prestare il proprio consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla vita (art. 1919 del C.C.) attivata attraverso l'adesione del su indicato Aderente alla Polizza Collettiva;
- di ricoprire presso l'Azienda Aderente il ruolo di amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale o figura con ruolo di rilievo per lo sviluppo economico dell'azienda stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza);
- di essere residente in Italia;
- di prendere atto che Beneficiario delle prestazioni assicurative è lo stesso Aderente.

Data

Firma Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Come illustrato nell'informativa contenuta nel Set Informativo a Lei consegnato dall'intermediario, la Compagnia ha la necessità di utilizzare alcuni suoi dati soggetti a trattamento speciale, e riguardanti il suo stato di salute, per le finalità di:

- 1) gestire il rapporto contrattuale (polizza assicurativa) e dei conseguenti adempimenti anche normativi
- 2) valutare il rischio in fase di assunzione della copertura assicurativa
- 3) comunicare a terzi e a destinatari
- 4) sicurezza informatica

Pertanto, le chiediamo di prestare il consenso al trattamento di tali dati, per le suddette finalità, dati personali apponendo la sua firma in calce alla presente dichiarazione

Data

Firma Assicurato

INFORMATIVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ED. 01/ 2019)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ADERENTE

Chi siamo e cosa facciamo dei tuoi dati personali?

La Compagnia CNP Assurances S.A. (di seguito CNP o Compagnia) con sede in Milano, via Bocchetto 6, in qualità di Titolare del trattamento, si impegna a tutelare la riservatezza dei tuoi dati personali e a garantire ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

CNP mette in pratica, al fine, policy e prassi aventi riguardo alla raccolta e all'utilizzo dei dati personali e all'esercizio dei diritti che ti sono riconosciuti dalla normativa applicabile. La Compagnia ha cura di aggiornare le policy e le prassi adottate per la protezione dei dati personali ogni volta che ciò si renda necessario e comunque in caso di modifiche normative e organizzative che possano incidere sui trattamenti dei tuoi dati personali.

La Compagnia ha nominato un Responsabile della protezione dei dati interno. Puoi contattare il Responsabile tramite e-mail al seguente indirizzo: dpo.it@cnppartners.eu

Come e perché raccoglie e tratta i tuoi dati CNP?

La Compagnia raccoglie e/o riceve le informazioni che ti riguardano, quali in generale: nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente e, in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- banche e altri intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker);
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- autorità giudiziarie e forze di polizia.

I dati servono alla Compagnia per dar seguito alla gestione della tua polizza assicurativa e all'adempimento degli obblighi di legge e di regolamento, presupposti e anche conseguenti al contratto, a cui la stessa è tenuta in funzione dell'attività esercitata.

La comunicazione dei tuoi dati personali avviene nei confronti del gruppo cui appartiene la Compagnia per fini amministrativi, oltre che nei confronti di terzi e/o destinatari, la cui attività è necessaria per il corretto svolgimento del servizio o per migliorare i prodotti che la Compagnia ti offre, e anche per rispondere a determinati obblighi di legge o prescritti per il controllo e la vigilanza dell'attività assicurativa. Ogni comunicazione che non risponde a tali finalità sarà sottoposta al tuo consenso.

La Compagnia non trasferisce i tuoi dati personali all'estero. I tuoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati.

A chi verranno comunicati i tuoi dati?

A soggetti esterni all'organizzazione di CNP, individuati o meno quali responsabili del trattamento.

Nello specifico i destinatari dei tuoi dati sono: le società del gruppo cui appartiene la Compagnia CNP Assurances per fini amministrativi; consulenti legali per la gestione del contenzioso, società terze che si occupano di attività riguardanti la gestione del rischio assicurato e, infine, società dell'informazione e di assistenza informatica nonché principali enti di riferimento (autorità amministrative, di controllo, giudiziarie etc.) e soggetti (familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori) nel caso delegati a ricevere informazioni che ti riguardano.

Quali dati sono indispensabili alla Compagnia per gestire il tuo contratto e cosa succede se non li fornisci?

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque ottenuti da CNP indicati con l'asterisco <*> si intendono necessari nel senso che il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Compagnia di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

- nome, cognome*;
- codice fiscale*;
- luogo e data di nascita*;
- indirizzo fisico di residenza*;
- indirizzo telematico;
- numero di telefono fisso e/o mobile;
- numero di conto corrente*;

- in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono necessari per le attività di trattamento relative a:

- la valutazione del rischio e dell'adeguatezza della copertura assicurativa;
- la gestione del contratto (anche attraverso terzi e destinatari) e quindi della polizza assicurativa che ti riguarda;
- il controllo della sostenibilità e della redditività dei prodotti assicurativi;
- l'adempimento degli obblighi che derivano dal rapporto instaurato;
- l'assistenza alla clientela sui servizi e i prodotti assicurativi.

Quelli tra i tuoi dati che invece non sono indicati con l'asterisco <*> si intendono facoltativi e il mancato conferimento non pregiudica il trattamento principale.

La Compagnia ha inteso svolgere alcuni trattamenti in funzione di determinati legittimi interessi che non pregiudicano il tuo diritto alla riservatezza, come quelli che:

- permettono di gestire al meglio il rischio assicurato;
- permettono di prevenire frodi anche contrattuali;
- permettono di prevenire incidenti informatici e di procedere alla notificazione all'autorità di controllo o la comunicazione agli utenti, se necessarie, della violazione dei dati personali;
- permettono la comunicazione dei dati personali alle società del gruppo di appartenenza della Compagnia per fini amministrativi;
- permettono la comunicazione a terzi/destinatari per attività legate a quelle di gestione del contratto.

Come e per quanto tempo vengono conservati i tuoi dati?

Il trattamento dei dati che ti riguardano avviene attraverso mezzi e strumenti sia elettronici che manuali messi a disposizione dei soggetti che agiscono sotto l'autorità di CNP, e allo scopo autorizzati e formati.

Gli archivi cartacei e soprattutto elettronici dove i tuoi dati sono archiviati e conservati vengono protetti mediante misure di sicurezza efficaci e adeguate a contrastare i rischi di violazione considerati dalla Compagnia. CNP provvede alla verifica periodica e costante delle misure adottate, soprattutto per gli strumenti elettronici e telematici, a garanzia della riservatezza dei dati personali per loro tramite trattati, archiviati e conservati, soprattutto se appartenenti a categorie particolari.

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del contratto che hai stipulato con CNP e per l'adempimento degli obblighi, anche legali, che ne conseguono.

Gli archivi informatici si trovano all'interno dei confini dell'UE (e SEE) e non è prevista la loro connessione o interazione con database locati all'estero.

Quali sono i tuoi diritti?

I diritti a te riconosciuti ti permettono di avere sempre il controllo dei tuoi dati. I tuoi diritti sono quelli di:

- accesso;
- rettifica;
- cancellazione;
- revoca del consenso;
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento;
- portabilità.

I tuoi diritti ti sono garantiti senza oneri e formalità particolari per la richiesta del loro esercizio che si intende essenzialmente a titolo gratuito.

Tu hai diritto:

- a ottenere una copia, anche in formato elettronico, dei dati di cui hai chiesto l'accesso. In caso dovessi richiedere ulteriori copie, la Compagnia può addebitarti un contributo spese ragionevole;
- a revocare il consenso in qualunque momento, nel caso in cui questo costituisca la base del trattamento. La revoca del consenso comunque non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso svolto prima della revoca stessa;
- a opporsi al trattamento dei tuoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse per motivi relativi alla tua situazione particolare;
- a ottenere la cancellazione dei tuoi dati personali, la limitazione del loro trattamento o anche l'aggiornamento e la rettifica;

- a ottenere, in tali ultimi casi, che altri titolari del trattamento a cui, nell'eventualità i tuoi dati siano stati comunicati o i destinatari degli stessi, siano messi a parte della tua istanza e dell'esito dell'esercizio dei tuoi diritti affinché anch'essi provvedano a cancellare, sospendere o interrompere il trattamento o a rettificare i tuoi dati;
- a ottenere i tuoi dati personali, se ricevuti o trattati da CNP, con il tuo consenso e/o se il loro trattamento avvenga sulla base di un contratto e con strumenti automatizzati, in formato elettronico, anche al fine di trasmetterli ad altro titolare del trattamento;
- a ottenere ogni comunicazione utile in merito all'attività svolta a seguito dell'esercizio dei tuoi diritti senza ritardo e comunque, entro un mese dalla tua richiesta, salvo proroga motivata, fino a due mesi che ti dovrà essere debitamente comunicata.

Per ogni ulteriore informazione e comunque per inviare la tua richiesta contatta CNP Assurances.

Ogni Interessato potrà conoscere quali sono i dati trattati dalle Compagnie e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento nonché opporsi, per motivi legittimi, ad un loro particolare trattamento, rivolgendosi alternativamente al:

 Titolare del trattamento 	CNP Assurances S.A.	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpitalia.it
 Responsabile della protezione dei dati 	DPO	dpo.it@cnppartners.eu

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?	
I dati personali saranno trattati:	il trattamento avviene in base a:
per l'esecuzione e la gestione del rapporto contrattuale instaurato	contratto
per l'attività di assistenza alla clientela sui servizi e prodotti assicurativi	
per fini statistici e di monitoraggio dell'offerta di prodotti assicurativi	adempimento di attività conseguenti al rapporto instaurato e regolamentate per il settore di mercato del titolare del trattamento
per l'adempimento di obblighi di legge dipendenti dal rapporto contrattuale	obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa e dipendenti dalla normativa antiriciclaggio
Per l'archiviazione e la conservazione dei dati personali	<ul style="list-style-type: none"> - adempimenti precontrattuali dipendenti dalla verifica dell'assumibilità del rischio - contratto, per tutta la sua durata - adempimento, anche oltre la durata del contratto, di obblighi dipendenti dal rapporto instaurato e di legge, quali: <ul style="list-style-type: none"> • tenuta della contabilità; • esercizio dei diritti dipendenti dal contratto, anche allorché oggetto di contenzioso
per la comunicazione a destinatari e/o terzi in dipendenza del rapporto contrattuale e degli obblighi che ne derivano	Adempimento del contratto e legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ASSICURATO

Chi siamo e cosa facciamo dei tuoi dati personali?

La Compagnia CNP Assurances S.A. (di seguito CNP o Compagnia) con sede in Milano, via Bocchetto 6, in qualità di Titolare del trattamento, si impegna a tutelare la riservatezza dei tuoi dati personali e a garantire ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

CNP mette in pratica, al fine, policy e prassi aventi riguardo alla raccolta e all'utilizzo dei dati personali e all'esercizio dei diritti che ti sono riconosciuti dalla normativa applicabile. La Compagnia ha cura di aggiornare le policy e le prassi adottate per la protezione dei dati personali ogni volta che ciò si renda necessario e comunque in caso di modifiche normative e organizzative che possano incidere sui trattamenti dei tuoi dati personali.

La Compagnia ha nominato un Responsabile della protezione dei dati interno. Puoi contattare il Responsabile tramite e-mail al seguente indirizzo: dpo.it@cnppartners.eu

Come e perché raccoglie e tratta i tuoi dati CNP?

La Compagnia raccoglie e/o riceve le informazioni che ti riguardano, quali in generale: nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente; o anche, i dati relativi allo stato di salute previo esplicito consenso, e, in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- banche e altri intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker);
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- autorità giudiziarie e forze di polizia.

I dati servono alla Compagnia per dar seguito alla gestione della tua polizza assicurativa e all'adempimento degli obblighi di legge e di regolamento, presupposti e anche conseguenti al contratto, a cui la stessa è tenuta in funzione dell'attività esercitata.

La comunicazione dei tuoi dati personali avviene nei confronti del gruppo cui appartiene la Compagnia per fini amministrativi, oltre che nei confronti di terzi e/o destinatari, la cui attività è necessaria per il corretto svolgimento del servizio o per migliorare i prodotti che la Compagnia ti offre, e anche per rispondere a determinati obblighi di legge o prescritti per il controllo e la vigilanza dell'attività assicurativa. Ogni comunicazione che non risponde a tali finalità sarà sottoposta al tuo consenso.

La Compagnia non trasferisce i tuoi dati personali all'estero. I tuoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati.

A chi verranno comunicati i tuoi dati?

A soggetti esterni all'organizzazione di CNP, individuati o meno quali responsabili del trattamento.

Nello specifico i destinatari dei tuoi dati sono: le società del gruppo cui appartiene la Compagnia CNP Assurances per fini amministrativi; consulenti legali per la gestione del contenzioso, professionisti del settore di interesse (medici, professionisti del settore sanitario), società terze che si occupano di attività riguardanti la gestione del rischio assicurato e, infine, società dell'informazione e di assistenza informatica nonché principali enti di riferimento (autorità amministrative, di controllo, giudiziarie etc.) e soggetti (familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori) nel caso delegati a ricevere informazioni che ti riguardano.

Quali dati sono indispensabili alla Compagnia per gestire il tuo contratto e cosa succede se non li fornisci?

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque ottenuti da CNP indicati con l'asterisco <*> si intendono necessari nel senso che il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per la Compagnia di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

Il trattamento dei dati idonei a rivelare il tuo stato di salute, allorché necessari per le finalità di cui sopra, sarà sottoposto al tuo consenso esplicito e a tutte le cautele del caso.

- nome, cognome*;
- codice fiscale*;
- luogo e data di nascita*;
- indirizzo fisico di residenza*;
- indirizzo telematico;
- numero di telefono fisso e/o mobile;
- numero di conto corrente*;
- i dati relativi allo stato di salute, previo esplicito consenso*;
- in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono necessari per le attività di trattamento relative a:

- la valutazione del rischio e dell'adeguatezza della copertura assicurativa;

- la gestione del contratto (anche attraverso terzi e destinatari) e quindi della polizza assicurativa che ti riguarda;
- il controllo della sostenibilità e della redditività dei prodotti assicurativi;
- l’adempimento degli obblighi che derivano dal rapporto instaurato;
- l’assistenza alla clientela sui servizi e i prodotti assicurativi.

Quelli tra i tuoi dati che invece non sono indicati con l’asterisco <*> si intendono facoltativi e il mancato conferimento non pregiudica il trattamento principale.

La Compagnia ha inteso svolgere alcuni trattamenti in funzione di determinati legittimi interessi che non pregiudicano il tuo diritto alla riservatezza, come quelli che:

- permettono di gestire al meglio il rischio assicurato;
- permettono di prevenire frodi anche contrattuali;
- permettono di prevenire incidenti informatici e di procedere alla notificazione all’autorità di controllo o la comunicazione agli utenti, se necessarie, della violazione dei dati personali;
- permettono la comunicazione dei dati personali alle società del gruppo di appartenenza della Compagnia per fini amministrativi;
- permettono la comunicazione a terzi/destinatari per attività legate a quelle di gestione del contratto.

Come e per quanto tempo vengono conservati i tuoi dati?

Il trattamento dei dati che ti riguardano avviene attraverso mezzi e strumenti sia elettronici che manuali messi a disposizione dei soggetti che agiscono sotto l’autorità di CNP, e allo scopo autorizzati e formati.

Gli archivi cartacei e soprattutto elettronici dove i tuoi dati sono archiviati e conservati vengono protetti mediante misure di sicurezza efficaci e adeguate a contrastare i rischi di violazione considerati dalla Compagnia. CNP provvede alla verifica periodica e costante delle misure adottate, soprattutto per gli strumenti elettronici e telematici, a garanzia della riservatezza dei dati personali per loro tramite trattati, archiviati e conservati, soprattutto se appartenenti a categorie particolari.

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del contratto che hai stipulato con CNP e per l’adempimento degli obblighi, anche legali, che ne conseguono.

Gli archivi informatici si trovano all’interno dei confini dell’UE (e SEE) e non è prevista la loro connessione o interazione con database locati all’estero.

Quali sono i tuoi diritti?

I diritti a te riconosciuti ti permettono di avere sempre il controllo dei tuoi dati. I tuoi diritti sono quelli di:

- accesso;
- rettifica;
- cancellazione;
- revoca del consenso;
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento;
- portabilità.

I tuoi diritti ti sono garantiti senza oneri e formalità particolari per la richiesta del loro esercizio che si intende essenzialmente a titolo gratuito.

Tu hai diritto:

- a ottenere una copia, anche in formato elettronico, dei dati di cui hai chiesto l’accesso. In caso dovessi richiedere ulteriori copie, la Compagnia può addebitarti un contributo spese ragionevole;
- a revocare il consenso in qualunque momento, nel caso in cui questo costituisca la base del trattamento. La revoca del consenso comunque non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso svolto prima della revoca stessa;
- a opporsi al trattamento dei tuoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse per motivi relativi alla tua situazione particolare;
- a ottenere la cancellazione dei tuoi dati personali, la limitazione del loro trattamento o anche l’aggiornamento e la rettifica;
- a ottenere, in tali ultimi casi, che altri titolari del trattamento a cui, nell’eventualità i tuoi dati siano stati comunicati o i destinatari degli stessi, siano messi a parte della tua istanza e dell’esito dell’esercizio dei tuoi diritti affinché anch’essi provvedano a cancellare, sospendere o interrompere il trattamento o a rettificare i tuoi dati;
- a ottenere i tuoi dati personali, se ricevuti o trattati da CNP, con il tuo consenso e/o se il loro trattamento avvenga sulla base di un contratto e con strumenti automatizzati, in formato elettronico, anche al fine di trasmetterli ad altro titolare del trattamento;
- a ottenere ogni comunicazione utile in merito all’attività svolta a seguito dell’esercizio dei tuoi diritti senza ritardo e comunque, entro un mese dalla tua richiesta, salvo proroga motivata, fino a due mesi che ti dovrà essere debitamente comunicata.

Per ogni ulteriore informazione e comunque per inviare la tua richiesta contatta CNP Assurances S.A.

Ogni Interessato potrà conoscere quali sono i dati trattati dalle Compagnie e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento nonché opporsi, per motivi legittimi, ad un loro particolare trattamento, rivolgendosi alternativamente al:

Titolare del trattamento	CNP Assurances S.A.	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpitalia.it
Responsabile della protezione dei dati	DPO	dpo.it@cnppartners.eu

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?	
I dati personali saranno trattati:	il trattamento avviene in base a:
per l'esecuzione e la gestione del rapporto contrattuale instaurato	contratto
per l'attività di assistenza alla clientela sui servizi e prodotti assicurativi	consenso esplicito per il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute
per fini statistici e di monitoraggio dell'offerta di prodotti assicurativi	adempimento di attività conseguenti al rapporto instaurato e regolamentate per il settore di mercato del titolare del trattamento
per l'adempimento di obblighi di legge dipendenti dal rapporto contrattuale	obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa e dipendenti dalla normativa antiriciclaggio
Per l'archiviazione e la conservazione dei dati personali	- adempimenti precontrattuali dipendenti dalla verifica dell'assumibilità del rischio - contratto, per tutta la sua durata - adempimento, anche oltre la durata del contratto, di obblighi dipendenti dal rapporto instaurato e di legge, quali: <ul style="list-style-type: none"> • tenuta della contabilità; • esercizio dei diritti dipendenti dal contratto, anche allorchè oggetto di contenzioso
per la comunicazione a destinatari e/o terzi in dipendenza del rapporto contrattuale e degli obblighi che ne derivano	Adempimento del contratto e legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari