



Cardif Assurance Vie SA - Rappresentanza Generale per l'Italia e Cardif Assurances Risques Divers S.A - Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito le "Compagnie"), in qualità di Titolari del trattamento, informano che tratteranno i dati personali, ivi compresi i dati giudiziari e sensibili (quali le informazioni in merito allo stato di salute), del soggetto, di seguito definito l' "Interessato":

- contraente del contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio emesso da Cardif Assurance Vie; e, insieme,
- debitore nel contratto di Finanziamento per il quale il relativo creditore ha stipulato con Cardif Assurances Risques Divers un contratto di assicurazione contro il rischio di insolvenza;

secondo le modalità illustrate nella presente informativa, e siano essi forniti dal medesimo Interessato o da terzi.

Il trattamento avviene ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno delle nostre Compagnie, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto delle Compagnie medesime servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

Le Compagnie possono altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico dell'Assicuratore; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalle Compagnie anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in elenchi aggiornati (disponibili presso le sedi delle Compagnie) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalle Compagnie "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Le Compagnie non diffondono i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso le Compagnie e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, è possibile rivolgersi a:

Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo/Palazzo D n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com

Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo/Palazzo D n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com



CARDIF CQS

Mod. FIVCQS01210
Aggiornato al 1 Dicembre 2010

Il presente Fascicolo informativo contiene:

- Glossario
- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Modulo di proposta (triplice copia)

e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

PRIMA DI SOTTOSCRIVERE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

Secondo l'art. 166 D.Lgs. 209/05 e altre disposizioni vigenti, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri a carico del Contraente/Assicurato sono stampati in grassetto per dare rilevanza.



GLOSSARIO

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario: soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal contratto.

Capitale assicurato: il valore attuale, al TAN annuo d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento, delle rate residue di rimborso del Finanziamento di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto di ogni altra somma corrisposta dal Datore di Lavoro al Debitore in relazione al rapporto di lavoro ed includente le eventuali rate di rimborso del Finanziamento insolute dovute a temporanea interruzione del diritto del Debitore allo stipendio a cui abbia fatto seguito, con o senza soluzione di continuità, la risoluzione del rapporto di lavoro del Debitore medesimo.

Certificato di polizza: il documento sottoscritto dall'Assicuratore che comprova l'accettazione della Proposta del Contraente da parte dello stesso Assicuratore.

Cessazione della garanzia: momento nel quale le garanzie assicurative cessano di avere effetto.

Contraente: il soggetto che formula la Proposta e che stipula il Contratto con l'Assicuratore obbligandosi a pagare il Premio.

Contratto di assicurazione: contratto attraverso il quale l'assicurato trasferisce all'Assicuratore un rischio al quale egli è esposto.

Costi di emissione: oneri generalmente costituiti da importi fissi per l'emissione del contratto assicurativo.

Decorrenza della garanzia: momento nel quale le garanzie assicurative cominciano ad avere effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale del premio: possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del premio versato per il contratto di assicurazione.

Ente Erogatore: persona giuridica concedente il Finanziamento.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni della copertura assicurativa, elencati nelle condizioni generali di assicurazione.

Fascicolo Informativo: documento previsto dal Regolamento ISVAP 35/2010 da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione e il modulo di Proposta.

Finanziamento: contratto di prestito tra il Contraente e l'Ente Erogatore, sottoscritto a condizione della stipula di una polizza vita di puro rischio a Premio unico, e da rimborsarsi mediante disposizione di quote dello stipendio mensile del Contraente medesimo.

Indennizzo, indennità o prestazione: somma dovuta dall'assicuratore in caso di sinistro.

Intermediario di assicurazione: persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Montante: è la somma delle quote di stipendio che il Contraente deve complessivamente rimborsare all'Ente Erogatore per effetto del Finanziamento.

Parti: Contraente/Assicurato, Assicuratore.

Polizza di assicurazione sulla vita: contratto di assicurazione con il quale l'Assicuratore si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

Polizza di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore come corrispettivo per l'assunzione dei rischi previsti dal contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Proposta: documento del Fascicolo Informativo sottoscritto dal Contraente con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche e alle condizioni prestabilite.

Questionario Medico: documento che l'assicurato deve compilare, ove richiesto dall'Assicuratore, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.



NOTA INFORMATIVA - CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Cardif Assurance Vie S.A., ha la propria sede sociale in Boulevard Haussman 1, Parigi (Francia). La presente polizza che prevede la copertura assicurativa per Decesso è stipulata con la Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurance Vie S.A., avente sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, P.IVA., C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500152, R.E.A. n°1254537, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00010, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance, operante in Italia in regime di stabilimento e soggetta alla vigilanza dell'Autorità francese ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel). Telefono: 02.77.2241; sito internet: www.cardif.it; e-mail: info@cardif.com

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Cardif Assurance Vie S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 3.259,566 Milioni di Euro di cui 625,756 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 2.633,810 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e Garanzie offerte

La durata del contratto non potrà eccedere la durata del Finanziamento al quale lo stesso è abbinato.

In alcuni casi particolari, sono previsti termini di durata inferiori. Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

"CARDIF COS" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio, che prevede la seguente copertura assicurativa:

- Prestazione in caso di decesso.

Si rinvia alle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Avvertenza: alla copertura assicurativa si applicano le esclusioni specificamente indicate all'art.6.

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nella Proposta di adesione relative alle informazioni rese dal Contraente sul suo stato di salute.

4. Premi

Il Premio è unico e anticipato. Il suo ammontare dipende dal montante e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione della Proposta). Per determinate tipologie di Finanziamenti il Premio dipende anche dal sesso dell'Assicurato.

Il contratto non prevede il diritto di riscatto dei premi versati.

Il premio è incluso nel capitale finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

Il presente contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico del Contraente:

- COSTI DI EMISSIONE: Euro 60
- REMUNERAZIONE DELL'INTERMEDIARIO: in media 32,50% del premio; ad esempio, su un premio di Euro 100, la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 32,50.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, l'Assicuratore restituisce al Contraente la parte di premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Il Contraente può richiedere il mantenimento delle coperture assicurative fino alla scadenza originaria del contratto.

Si rinvia all'art.3.3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi gravanti sul Premio

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente:

5.1.1. Costi gravanti sul premio:

- COSTI DI EMISSIONE: Euro 60

CON RIFERIMENTO ALL'INTERO FLUSSO COMMISSIONALE E' RICONOSCIUTA IN MEDIA ALL'INTERMEDIARIO UNA QUOTA PARTE PARI A: 32,50% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio di Euro 100 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 32,50.

6. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.



7. Regime Fiscale

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle coperture assicurative offerte da Cardiff Assurance Vie S.A.:

- la totale esenzione da imposte sui premi versati;
- una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere l'importo massimo di Euro 1.291,14. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente/ Assicurato.
- la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari, in caso di Decesso.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

Le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative sono indicate all'art. 3.1 delle condizioni contrattuali.

9. Riscatto e riduzione

Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della copertura assicurativa.

10. Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Cardiff -Ufficio Gestione CQS- Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano.

Poiché il Finanziamento è condizionato all'esistenza di una polizza sulla vita dell'Assicurato, il diritto di recesso dal Contratto entro 30 giorni dalla sua data di conclusione, previsto ai sensi dell'art. 177 del CAP, può essere esercitato ma, qualora il Finanziamento sia ancora efficace, soltanto a condizione che la polizza sia sostituita dall'Assicurato con altra di oggetto equivalente ed a condizione di approvazione di tale sostituzione da parte dell'Ente Erogatore.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione al Contraente, per il tramite dell'Ente Erogatore, del premio versato al netto delle imposte, delle spese di emissione di cui al precedente punto 5.1.1. e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

L'art.4 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso.

11. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per la liquidazione delle Prestazioni

Per la verifica della documentazione da presentare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni, si rinvia all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante lo stesso.

Ai sensi dell'art. 2952 cod. civ. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la Compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

12. Legge applicabile

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

14. Reclami

Reclami all'Assicuratore: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Assicuratore e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, al seguente recapito:

Cardif Assurance Vie S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami – Via Tolmezzo/Palazzo D, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami presentati



direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Assicuratore nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP: I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito www.acam-france.fr/relations-assures.

15. Comunicazioni tra il Contraente e la Compagnia

Le comunicazioni da parte del Contraente alla Compagnia, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Ufficio Gestione CQS– Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente ovvero, qualora quest'ultimo ne abbia concesso apposita autorizzazione, presso l'indirizzo e-mail dallo stesso indicato

16. Conflitti d'interesse

La Compagnia vigila per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse. Nell'ambito delle operazioni in conflitti d'interesse, ha rilievo l'assegnazione di un mandato distributivo a favore dell'Ente erogatore società del Gruppo del quale è parte anche la Compagnia. In ogni caso, la Compagnia opera in modo da non recare pregiudizio agli assicurati e si impegna ad ottenere il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali situazioni avuto riguardo agli obiettivi assicurativi degli stessi.

**CARDIF ASSURANCE VIE S.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI
NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA**

Cardif Assurance Vie S.A.
Il Rappresentante Generale per l'Italia

Filippo Maria Nobile



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

del contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio "CARDIF CQS"

DEFINIZIONI

Assicurato: La persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratore: CARDIF ASSURANCE VIE S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo - 20132 Milano, Capitale Sociale di Euro 625.756.496,00, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 08916510152 – R.E.A. 1254537, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I. 00010, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Contraente: la persona fisica che, in relazione a un contratto di Finanziamento, ha stipulato il contratto assicurativo

Decesso: La morte dell'Assicurato.

Ente Erogatore: La persona giuridica concedente il Finanziamento

Finanziamento: Contratto di prestito concesso dall'Ente Erogatore a fronte, ai fini del suo rimborso, della disposizione da parte del debitore di una quota della propria retribuzione mensile in favore dell'Ente stesso e sottoscritto a condizione della stipula di un contratto di assicurazione contro il rischio di decesso.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: Somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro, in base alle Condizioni di assicurazione.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Parti: Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Portabilità: il trasferimento del contratto di Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

Premio: La somma dovuta all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Proposta: documento o modulo del Fascicolo Informativo sottoscritto dal Contraente con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche e alle condizioni prestabilite.

Questionario Medico: Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Rapporto Visita Medica: Relazione stilata dal medico di fiducia dell'Assicurando e corredata dagli esami clinici contenente le informazioni sanitarie richieste dall'Assicuratore relativamente allo stato di salute dell'Assicurando medesimo.

Sinistro: Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Art 1 Oggetto della copertura

"CARDIF CQS" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio che offre, alle condizioni di cui all'art.5, una copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato.

Art. 2. Persone assicurabili e formalità di ammissione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica che:

- sia un lavoratore dipendente;
- sottoscriva un Finanziamento;
- abbia adempiuto alle formalità di ammissione secondo quanto di seguito riportato.

Ogni assicurando deve sottoscrivere la Proposta inclusa nel Fascicolo Informativo.

Unitamente alla Proposta, l'assicurando deve presentare, secondo la modulistica prestabilita dall'Assicuratore, la documentazione di carattere sanitario, in funzione del Montante, dalla seguente tabella:

Montante	Documentazione medica richiesta*
Fino a Euro 52.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute
Da Euro 52.000,01 a Euro 75.000,00	Questionario Medico
Superiore a Euro 75.000,00	Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dell'Assicuratore)

* Ai fini delle informazioni di carattere sanitario da fornire, si dovrà tener conto del cumulo di eventuali altri Finanziamenti assicurati dall'assicurando con l'Assicuratore.

Relativamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute, nel caso in cui l'assicurando ritenga di non poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Medico. Analogamente, con riferimento al Questionario Medico, l'assicurando, qualora ritenga di non poterlo sottoscrivere, dovrà fornire il Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dall'Assicuratore).

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico oppure del Rapporto di Visita Medica, gli stessi saranno messi a disposizione dell'Assicuratore per il tramite dell'Ente Erogatore.



In ogni caso l'Assicuratore si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione della copertura assicurativa.

La Proposta e la documentazione di carattere sanitario (Dichiarazione di Buono Stato di Salute, Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica) hanno validità pari a 120 giorni dalla data della loro sottoscrizione; pertanto, anche in caso di intervenuta accettazione della copertura da parte dell'Assicuratore, il Contratto non diverrà efficace qualora la data di erogazione del Finanziamento cada successivamente al 120° giorno dalla loro data di sottoscrizione.

Art. 3. Decorrenza e cessazione delle garanzie – Estinzione anticipata del Finanziamento

Art. 3.1 Decorrenza e durata delle garanzie

Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoposizione all'Assicuratore della Proposta completa in ogni sua parte, riceve il Certificato di Polizza o altra comunicazione scritta di accettazione della Proposta proveniente dall'Assicuratore, ovvero se avvenuto in precedenza, nel momento in cui viene a conoscenza che il Finanziamento è stato erogato.

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di inizio del piano di ammortamento.

Qualora entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza della copertura assicurativa non sia stato ancora versato all'Assicuratore il relativo Premio, la copertura sarà sospesa. La sospensione cesserà alle ore 24 del giorno in cui venga effettuato il versamento del Premio, con conseguente riattivazione della copertura assicurativa.

Si considera, in ogni caso, che la garanzia estenda la sua efficacia al periodo precedente la Data di Decorrenza della Polizza fino ad un massimo di 45 giorni.

Art. 3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento e comunque non oltre 122 mesi dalla data di erogazione;
- trascorsi 120 giorni dal mancato pagamento del Premio da parte del Contraente, per risoluzione di diritto;
- in caso di mancata erogazione del Finanziamento;
- in caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità laddove il Contraente abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

Art. 3.3 Estinzione anticipata del Finanziamento

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità la copertura assicurativa avrà termine, alla data di effetto dell'estinzione anticipata o della Portabilità, salvo che il Contraente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria entro 15 giorni dalla richiesta di estinzione o Portabilità.

Nel caso in cui la copertura abbia termine, sarà restituita al Contraente, dalla Compagnia la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria; tale parte è calcolata, per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché di capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio come quantificate sulla Proposta.

Nel caso in cui la copertura non abbia termine poiché il Contraente ne ha richiesto il mantenimento fino alla scadenza originaria, le garanzie rimangono in vigore fino al termine del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del Finanziamento, secondo il piano di rimborso originariamente sottoscritto.

Il mantenimento delle coperture potrà essere richiesto con le modalità di cui all'art. 12. Si invita in ogni caso il Contraente a contattare il Servizio Clienti di Cardif al numero 840 - 70.19.10 (attivo lun - ven 8.30 -19.00; sab 09.00 - 13.00)

Art. 4 Diritto di revoca e di recesso

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del contratto, con dichiarazione di revoca da comunicare all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente gli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la dichiarazione di revoca si riferisce. La dichiarazione di revoca tempestivamente pervenuta all'Assicuratore impedisce la conclusione del contratto.

Poiché il Finanziamento è condizionato all'esistenza di una polizza sulla vita dell'Assicurato, il diritto di recesso dal Contratto entro 30 giorni dalla sua data di conclusione, previsto ai sensi dell'art. 177 del CAP, può essere esercitato ma, qualora il Finanziamento sia ancora efficace, soltanto a condizione che la polizza sia sostituita dall'Assicurato con altra di oggetto equivalente ed a condizione di approvazione di tale sostituzione da parte dell'Ente Erogatore.

Il recesso deve essere esercitato dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione al Contraente per il tramite dell'Ente Erogatore, del Premio versato al netto delle imposte e dei costi per l'emissione del contratto nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.



Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

La copertura assicurativa viene prestata alle condizioni specificate di seguito :

(I) Rischio assicurato

Il rischio coperto è il decesso qualunque possa esserne la causa, fatta salva l'applicazione delle esclusioni di cui all'art. 6.

(II) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una somma pari al valore attuale, al TAN annuo d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento, delle rate residue di rimborso del Finanziamento di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto di ogni altra somma corrisposta dal Datore di Lavoro al Debitore in relazione al rapporto di lavoro ed includente le eventuali rate di rimborso del Finanziamento insolute dovute a temporanea interruzione del diritto del Debitore allo stipendio a cui abbia fatto seguito, con o senza soluzione di continuità, la risoluzione del rapporto di lavoro del Debitore medesimo.

Art. 6 Esclusioni

La copertura assicurativa è esclusa nei seguenti casi:

- a) dolo degli aventi causa del Contraente ovvero del Beneficiario;
- b) il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di decorrenza dell'assicurazione
- c) infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze e postumi;
- d) infortuni o malattie noti o colpevolmente ignorati alla Data di Decorrenza che siano stati oggetto di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Salva diversa indicazione contenuta nella Proposta, Beneficiario è l'Ente Erogatore, che fin d'ora accetta, ai fini di estinguere il debito del Contraente e fino a concorrenza delle somme dovute dal Contraente medesimo per il Finanziamento; e, per l'eventuale eccedenza, gli aventi diritto del Contraente ai quali l'Assicuratore, per il tramite dell'Ente erogatore, provvederà a versare tale eccedenza.

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento, laddove il Contraente abbia optato per la continuazione della copertura, Beneficiari sono gli eredi del Contraente.

Nel caso di Portabilità, laddove il Contraente abbia optato per la continuazione della copertura, Beneficiari sono gli eredi del Contraente ovvero l'Ente Erogatore che subentra nel Finanziamento.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il Premio è unico e anticipato, dipende dal montante e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione della Proposta) dell'Assicurato. Per determinate tipologie di Finanziamenti il Premio dipende anche dal sesso dell'Assicurato.

L'ammontare totale del Premio unico, indicato sulla Proposta e sul Certificato di Polizza, è comprensivo dei costi di distribuzione e dei costi di emissione.

Art. 9 Denuncia dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardiff – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo/Palazzo D, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261.

L'Assicurato, il Beneficiario o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 840 - 70.19.10 (attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8 30m alle ore 19; il Sabato dalle ore 9 alle ore 13).

Gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione.

I documenti da consegnare necessariamente sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

certificato di morte; - certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; - in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; - in caso di effettuazione di autopsia, copia del reperto autoptico; - se l'Assicurato ha lasciato testamento: copia autenticata del testamento e copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire; - se l'Assicurato non ha lasciato testamento: copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi; - se il sinistro si verifica dopo il verificarsi delle circostanze previste al precedente Articolo 3.3: copia del piano di ammortamento del Finanziamento originario.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.



Art. 10 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro al più tardi entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro. In ogni caso in cui l'Assicuratore effettui la liquidazione della Prestazione al Beneficiario al fine di estinguere il Finanziamento e, successivamente, sia riscontrata la non sussistenza del diritto alla Prestazione, detta liquidazione comporterà la surrogazione dell'Assicuratore nella posizione creditoria dell'Ente Erogatore, che all'uopo ha accettato. In tal caso, il credito sarà immediatamente ed integralmente esigibile con decadenza da ogni beneficio del termine.

Art. 11 Legge Applicabile

La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

Art. 12 Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 16 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Ufficio Gestione CQS – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02.77.224.261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato ovvero qualora il Contraente abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.

Art. 13 Cessione dei diritti

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente se relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 15 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Art. 16 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti:

Cardif Assicurazioni Vie S.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.



INCARICATO Codice Agente _____ Referente: _____ Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____
CONTRAENTE - ASSICURANDO Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Sesso ____ Luogo di Nascita _____ Prov _____
 Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov ____ CAP _____
 Tipo Documento* _____ Numero documento _____ Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____
 * 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini anticiclaggio

FINANZIAMENTO Ente Erogatore: **BNL FINANCE S.p.A.** Cod. id. Finanziamento _____ Tipologia di Finanziamento _____
 Durata (mesi) _____ Montante €. _____ Quota mensile del Finanziamento _____

ASSICURAZIONE gravano sul Contraente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 60,00.

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURANDO:

- **FORNENDO** contestualmente alla presente Proposta di copertura, in calce alla stessa ovvero su separati appositi moduli, le informazioni di carattere sanitario previste dalle Condizioni di Assicurazione ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte all'Assicuratore.
- **DICHIARANDO INOLTRE:** di aver trattenuto copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che sarà tenuto a sottoscrivere una nuova proposta e a ripetere le formalità di ammissione alla copertura qualora l'erogazione del Finanziamento non avvenga entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- **DICHIARANDO** altresì di accettare, nel caso di pagamento della Prestazione al Beneficiario effettuato pur in assenza del diritto alla stessa Prestazione assicurativa, la surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di credito dell'Ente Erogatore e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

confermando l'attribuzione del beneficio delle prestazioni all'Ente Erogatore.

Il premio unico come sopra riportato è finanziato dall'Ente Erogatore, esso verrà rimborsato dal Contraente/Assicurando all'Ente Erogatore mensilmente, con le rate del Finanziamento.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. "Esclusioni", "Beneficiari", "Denuncia dei Sinistri", "Liquidazione Sinistri", "Cessione dei Diritti".

Firma del Contraente/Assicurando _____

IL CONTRAENTE CONFERMA di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente proposta, di aver letto, ben compreso ed accettato: (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari; (ii) la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario; (iii) il Fascicolo Informativo relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione, oltre al glossario ed alla presente proposta.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Luogo e data _____

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DALL' ASSICURANDO (BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLE INFORMAZIONI PRESENTATE)

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE (per montanti di importo fino a € 52.000,00)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA di : avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es.: 175 - 70 = 105); non essere attualmente oppure essere stato in passato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che abbiano comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza); non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi; non essere in attesa di ricovero né di avere in previsione di sottoporsi ad accertamenti clinici o a visite mediche specialistiche, e di non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*; non essere/essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e personale (infermità o invalidità).

DICHIARA inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e



verificare; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite dell'Ente Erogante, di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Rapporto e la Data di Decorrenza della copertura, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della domanda di adesione.

* salvo che per i seguenti interventi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, chirurgia estetica

**esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, ipertensione arteriosa, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronica ostruttiva

Firma del Contraente/Assicurando _____

nel caso in cui l'Assicurando non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute, ovvero l'importo del Finanziamento richiede altro tipo di informazioni sanitarie, ai sensi delle Condizioni di Polizza, si dichiara di presentare su separato modulo:

QUESTIONARIO MEDICO (per montanti di importo fino a € 75.000,00)

oppure

RAPPORTO DI VISITA MEDICA (per montanti di importo superiore a € 75.000,00)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D. lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, consegnata unitamente al Fascicolo Informativo, resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardiff Assurance Vie S.A. e da Cardiff Assurances Risques Divers S.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

Firma del Contraente/Assicurando _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DELL'ENTE EROGATORE

Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardiff Assurance Vie S.A., l'Ente Erogatore acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Luogo e data _____

PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultano né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'Incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI



INCARICATO Codice Agente _____ Referente: _____ Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____
CONTRAENTE - ASSICURANDO Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov _____
 Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov _____ CAP _____
 Tipo Documento* _____ Numero documento _____ Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____
 * 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio

FINANZIAMENTO Ente Erogatore: **BNL FINANCE S.p.A.** Cod. id. Finanziamento _____ Tipologia di Finanziamento _____
 Durata (mesi) _____ Montante €. _____ Quota mensile del Finanziamento _____

ASSICURAZIONE gravano sul Contraente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 60,00.

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE/ASSICURANDO:

- **FORNENDO** contestualmente alla presente Proposta di copertura, in calce alla stessa ovvero su separati appositi moduli, le informazioni di carattere sanitario previste dalle Condizioni di Assicurazione ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte all'Assicuratore.
- **DICHIARANDO INOLTRE:** di aver trattenuto copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che sarà tenuto a sottoscrivere una nuova proposta e a ripetere le formalità di ammissione alla copertura qualora l'erogazione del Finanziamento non avvenga entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- **DICHIARANDO** altresì di accettare, nel caso di pagamento della Prestazione al Beneficiario effettuato pur in assenza del diritto alla stessa Prestazione assicurativa, la surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di credito dell'Ente Erogatore e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

confermando l'attribuzione del beneficio delle prestazioni all'Ente Erogatore.

Il premio unico come sopra riportato è finanziato dall'Ente Erogatore, esso verrà rimborsato dal Contraente/Assicurando all'Ente Erogatore mensilmente, con le rate del Finanziamento.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. "Esclusioni", "Beneficiari", "Denuncia dei Sinistri", "Liquidazione Sinistri", "Cessione dei Diritti".

Firma del Contraente/Assicurando _____

IL CONTRAENTE CONFERMA di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente proposta, di aver letto, ben compreso ed accettato: (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari; (ii) la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario; (iii) **il Fascicolo Informativo** relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione, oltre al glossario ed alla presente proposta.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Luogo e data _____

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DALL' ASSICURANDO (BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLE INFORMAZIONI PRESENTATE)

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE (per montanti di importo fino a € 52.000,00)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA di : avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es.: 175 - 70 = 105); non essere attualmente oppure essere stato in passato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che abbiano comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza); non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi; non essere in attesa di ricovero né di avere in previsione di sottoporsi ad accertamenti clinici o a visite mediche specialistiche, e di non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*; non essere/essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e personale (infermità o invalidità).

DICHIARA inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e



verificare; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite dell'Ente Erogante, di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Rapporto e la Data di Decorrenza della copertura, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della domanda di adesione.

* salvo che per i seguenti interventi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, chirurgia estetica

**esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, ipertensione arteriosa, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronica ostruttiva

Firma del Contraente/Assicurando _____

nel caso in cui l'Assicurando non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute, ovvero l'importo del Finanziamento richiede altro tipo di informazioni sanitarie, ai sensi delle Condizioni di Polizza, si dichiara di presentare su separato modulo:

QUESTIONARIO MEDICO (per montanti di importo fino a € 75.000,00)

oppure

RAPPORTO DI VISITA MEDICA (per montanti di importo superiore a € 75.000,00)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D. lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, consegnata unitamente al Fascicolo Informativo, resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardiff Assurance Vie S.A. e da Cardiff Assurances Risques Divers S.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

Firma del Contraente/Assicurando _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DELL'ENTE EROGATORE

Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardiff Assurance Vie S.A., l'Ente Erogatore acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

Firma del Contraente/Assicurando _____

Luogo e data _____

PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultano né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'Incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI