

# Polizza Infortuni (Banca Nazionale del Lavoro S.p.a.)

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Infortuni Business

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

## Che tipo di assicurazione è?

Polizza BNL Infortuni Business è un prodotto assicurativo che tutela l'Assicurato fornendogli un indennizzo in relazione al grado di invalidità permanente dovuto ad infortunio o una diaria predefinita per i giorni di inabilità lavorativa. La Polizza BNL Infortuni Business si rivolge a tutti i clienti di BNL, titolari e/o cointestatari di conto corrente di età non inferiore a 18 anni che siano Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, titolari di imprese individuali che vogliono assicurare se stessi o a chiunque voglia assicurare un proprio dipendente.

## Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalità Permanente da Infortunio** superiore al 5%.  
Massimale pari a:  
OPZIONE A 100.000 €  
OPZIONE B 200.000 €  
OPZIONE C 300.000 €
- ✓ **Diaria da Inabilità Temporanea Totale da Infortunio** dal 6° giorno di inabilità fino a un massimo di 180 giorni.  
Massimale pari a:  
OPZIONE A 50 €  
OPZIONE B 100 €  
OPZIONE C 150 €

## Che cosa non è Assicurato

- ✗ cliente con un'età inferiore a 18 anni
- ✗ cliente con età superiore ai 74 anni
- ✗ siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza.

## Ci sono limiti di copertura?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- ! manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- ! detenzione, uso o manipolazione di armi, salvo l'uso sportivo o per la caccia, nel rispetto delle norme di legge che ne regolano l'utilizzo;
- ! lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo;
- ! lavoro ad altezze superiori a 20 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, ecc.); attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- ! attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- ! lavoro di guida di alta montagna;
- ! attività sportiva professionistica (gare, prove e allenamenti).
- ! Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;

## Dove vale la copertura?

- ✓ In tutto il Mondo.

## Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Dichiarazioni inesatte e reticenze possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Polizza risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenzia sin d'ora che non avrebbe consentito alla conclusione del contratto se avesse conosciuto la reale situazione. Pertanto, potrà rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa degli stessi Sinistri. Inoltre, hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di polizza. L'Assicurato ha l'obbligo, in caso di Sinistro, di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri assicuratori, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. L'omissione dolosa può consentire alla Compagnia di non liquidare la Prestazione prevista ai sensi di Polizza.

## Come e quando devo pagare?

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente, intrattenuto presso BNL.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Polizza. L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, salvo il Contraente non abbia manifestato la propria volontà di disdetta.

- ! atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 1 punto 13;
- ! i Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'art. 186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- ! Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo non di voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclubs o società private di lavoro aereo;
- ! viaggi su aeromobili di società o aziende di lavoro aereo, per voli diversi dal trasporto pubblico e privato passeggeri; uso di aeromobili di aeroclubs;
- ! Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- ! Sinistri derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per finalità di terrorismo;
- ! Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- ! Infortuni causati dalla pratica professionale di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
- ! Infortuni derivanti dalla pratica professionale di sport estremi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e similari, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- ! pratica di sport aerei in genere e del volo dal diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- ! partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- ! Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dall'Art. 1 punto9.



## Come posso disdire la polizza?

La disdetta potrà essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email a Cardif, oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede il relativo timbro postale ovvero la data di sottoscrizione apposta sul modulo) almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Cliente sul Modulo di Adesione almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

# POLIZZA BNL INFORTUNI

Mod: ISFBNL10/18 - Edizione 10/2018

Il presente Fascicolo informativo contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione.

La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

**FASCICOLO INFORMATIVO**



**CARDIF**  
**GRUPPO BNP PARIBAS**



POLIZZA BNL INFORTUNI  
NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS medesimo. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione della polizza.

A - **INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. **Informazioni Generali**

La Compagnia assicurativa è Cardif Assurances Risques Divers, che ha la sede sociale in Boulevard Haussmann 1, Parigi (Francia).

La Rappresentanza Generale per l'Italia, soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif, opera in Italia in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'Autorità francese ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Telefono: 02.77.224.1
- Sito web: www.bnpparibascardif.it

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

Cardif Assurance Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 257,005 Milioni di Euro di cui 16,876 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 240,129 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

*Avvertenza: i dati patrimoniali di cui sopra sono quelli risultanti alla data dell'ultimo bilancio approvato*

B - **INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

Il contratto prevede il tacito rinnovo.

*Avvertenza: il Contraente e la Compagnia possono esercitare il reciproco diritto di disdetta con comunicazione da inviarsi almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura.*

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 6 e 7 delle Condizioni di Assicurazione.*

3. **Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

La Polizza prevede le seguenti coperture assicurative:

A. **Invalidità Permanente**

La Compagnia riconosce all'Assicurato una copertura in caso di Invalidità Permanente che sia conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali, impegnandosi a liquidare un Indennizzo. *Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 3 lettera A delle Condizioni di Assicurazione ed agli Allegati A e B.*

B. **Inabilità Totale Temporanea**

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS

Rappresentanza generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3 - 20124 Milano - Tel. +39 02 77 22 41 - Fax + 39 02 76 00 81 49 - PEC cardifrd@pec.cardif.it - www.bnpparibascardif.it

Société Anonyme - Capitale sociale € 16.875.840 i.v. - Sede sociale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi - Francia - Registro commercio Parigi B 308 896 547

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 - P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153 - R.E.A. n°1254536



La Compagnia riconosce all'Assicurato una copertura in caso di Inabilità da Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali che produca una incapacità totale ad attendere temporaneamente alle sue occupazioni professionali, corrispondendo una Diaria.

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 3 lettera B delle Condizioni di Assicurazione.*

*Avvertenza: alla coperture di cui sopra si applicano limitazioni ed esclusioni.*

*Per i relativi aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 2 e 5 delle Condizioni di Assicurazione.*

*Avvertenza: il contratto prevede specifici criteri per la determinazione dell'indennizzo spettante nell'ambito della copertura per Invalidità da Infortunio per i cui aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.*

*Avvertenza: Il Contraente persona fisica ha la possibilità di stipulare l'assicurazione per sé oppure per conto di altra persona fisica. Anche qualora si tratti di impresa individuale, l'imprenditore potrà assicurare se stesso oppure stipulare l'Assicurazione per conto di altra persona fisica. Il Contraente persona giuridica, infine, stipula senz'altro l'assicurazione per conto di una persona fisica; possono accedere alla copertura assicurativa gli Assicurati che alla Data di Decorrenza abbiano un'età compresa tra 18 e 74 anni.*

*Per i relativi aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.*

*Avvertenza: è importante che il Contraente e l'Assicurato leggano con estrema attenzione e comprendano:*

- *le condizioni che devono sussistere al momento della sottoscrizione e che devono permanere durante l'assicurazione all'artt. 2.2 e 2.3 delle Condizioni di Assicurazione;*
- *le conseguenze per l'eventuale venir meno delle condizioni di cui sopra, artt. 6 (sulla cessazione delle garanzie) e 7.2 (sul recesso della Compagnia) delle Condizioni di Assicurazione.*

#### 4. Dichiarazioni del Contraente in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, il Contraente deve fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che il Contraente rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa. *Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.*

#### 5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'insorgenza di affezioni quali alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza, durante il periodo di validità della copertura assicurativa, determina un aggravamento del rischio con conseguente applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla valutazione dell'effettivo stato di salute dell'Assicurato.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

L'Assicurato potrà altresì dare informazione scritta alla Compagnia di ogni diminuzione del rischio. *Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 4 e 10 delle Condizioni di Assicurazione.*

#### 6. Premi

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente, intrattenuto presso BNL.

#### 7. Adeguamento del premio e modifica delle condizioni di assicurazione

La Compagnia si riserva il diritto di variare il Premio e le Condizioni di Assicurazione.

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.*



## 8. Diritto di recesso

### 8.1 Recesso del Contraente

Il Contraente può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL, ovvero dandone comunicazione alla Compagnia ai recapiti e con le modalità di cui all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

### 8.2 Recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dal contratto se, dopo l'accesso in copertura, il Contraente, oppure il suo titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o l'Assicurato entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.*

## 9. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

## 10. Legge applicabile e lingua del contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

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.

## 11. Regime fiscale

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana che prevede, in relazione alle coperture assicurative offerte da Cardif Assurances Risques Divers un'imposta sui premi versati attualmente pari al 2,50% da calcolarsi sul Premio al netto delle imposte stesse.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 12. Sinistri – Modalità di denuncia

I Sinistri devono essere denunciati per iscritto alla Compagnia, a mezzo posta o fax, ai recapiti di cui all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione, entro 10 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando l'Assicurato ne ha avuto la possibilità.

L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800.900.780 oppure dall'estero 02.77224686.

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 20 e 21 delle Condizioni di Assicurazione.*

### 13. Reclami

#### Reclami alla Compagnia

Il reclamo che riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri) deve essere inoltrato per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami di Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza Generale per l'Italia:

Cardif – Ufficio Reclami  
Piazza Lina Bo Bardi 3  
20124 Milano  
email [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)  
fax 02.77.224.265



La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

#### Reclami all'intermediario assicurativo

Il reclamo che riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviato per iscritto a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello Allegato 4, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

#### Reclami all'IVASS

Il reclamo che riguarda l'accertamento della normativa di settore deve essere inviato, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

#### IVASS – Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21  
00187 Roma  
ivass@pec.ivass.it  
fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) e sul sito della Compagnia [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali si presenta il reclamo;
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto..

E' possibile, in ogni caso, chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010) e rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Se il reclamo è nei confronti di una compagnia assicurativa che ha sede in un altro Paese Ue e il reclamante risiede in Italia, è possibile presentare il reclamo a:

- l'autorità di vigilanza o al sistema competente dello Stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- l'IVASS che lo inoltrerà all'Autorità estera, informando l'Assicurato per conoscenza..

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>

<b>CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA</b>
--

Cardif Assurances Risques Divers  
Il Rappresentante Generale per l'Italia  
Isabella Fumagalli



## GLOSSARIO

termini utilizzati all'interno del Fascicolo Informativo

**Anno Assicurativo:** periodo continuativo di 12 mesi in cui l'assicurazione è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24 della Data di Decorrenza.

**Assicurato:** persona fisica nel cui interesse è stipulata l'assicurazione. Esso può coincidere con il Contraente.

**Assicurazione:** contratto con il quale la Compagnia presta le coperture assicurative disciplinate nelle Condizioni di assicurazione.

**Attività professionale:** attività lavorativa, continuativa e abituale, dell'Assicurato, tramite la quale quest'ultimo produce un reddito o percepisce una retribuzione.

**Attività extraprofessionale:** qualunque attività svolta dall'Assicurato non avente carattere di professionalità.

**Compagnia, Assicuratore, Società:**

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

**Contraente:** persona fisica titolare di Partita IVA o persona giuridica (ivi compresa l'impresa individuale), titolare e/o cointestatario di un conto corrente intrattenuto presso la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (per brevità, "BNL"), che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del Premio alla Compagnia tramite addebito sul conto medesimo. Se non coincide con l'Assicurato, il Contraente stipula l'Assicurazione per conto dell'Assicurato stesso.

**Diarìa:** l'importo erogato dalla Compagnia per ogni giorno di Inabilità Temporanea Totale.

**Data di Decorrenza:** la data indicata sul Modulo di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.

**Inabilità Temporanea Totale:** la perdita temporanea, e in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere, dichiarati nel Modulo di Polizza.

**Indennizzo, Indennità, Prestazione:** importo liquidabile dalla Compagnia in base alle condizioni di assicurazione.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una Invalidità Permanente o una Inabilità Temporanea.

**Invalidità Permanente:** la perdita o la diminuzione, definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

**Istituto di cura:** Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

**Lavoratore Autonomo:** persona fisica o impresa individuale tenuta a presentare, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), una dichiarazione che esclude la percezione di reddito da lavoro dipendente oppure attesta che i redditi da lavoro autonomo sono maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporta denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo) e 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche e integrazioni.

**Lavoratore Dipendente:** la persona fisica che si obbliga, dietro retribuzione ed in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a prestare il proprio lavoro alle dipendenze e sotto la direzione di un altro soggetto.

**Libero Professionista:** il lavoratore autonomo che svolge una professione liberale, a prevalentemente contenuto intellettuale, in maniera autonoma o in studi professionali (a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo: avvocato, notaio, commercialista, architetto, ingegnere, ecc.).

**Modulo di Polizza:** documento predisposto dalla Compagnia da sottoscrivere a cura del Contraente ai fini del





perfezionamento dell'Assicurazione.

**Parti:** Contraente, Assicurato e Compagnia.

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

**Ricovero:** permanenza in Istituto di cura che comporta, almeno, un pernottamento.

**Sforzo:** dispiego improvviso, anomalo e non comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

**Sinistro:** evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**Somma assicurata:** il capitale assicurato, prescelto dal Contraente nell'ambito di tre opzioni indicate nel Modulo di Polizza, ai fini della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

**Titolare effettivo:** la persona o le persone fisiche che possiedono o esercitano il controllo diretto o indiretto della società, quando il Contraente è una persona giuridica.



POLIZZA BNL INFORTUNI  
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

**Art. 1 Oggetto della copertura**

La Compagnia, nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce all'Assicurato una copertura in caso di Inabilità Temporanea Totale o Invalidità Permanente che siano conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali, impegnandosi a liquidare un Indennizzo secondo quanto previsto all'Art. 3.

La Somma Assicurata relativamente alle predette coperture è indicata nel Modulo di Polizza e non potrà essere modificata per tutta la durata dell'Assicurazione, ivi compresi gli eventuali rinnovi.

Nell'ambito di operatività dell'Assicurazione sono compresi tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di Infortunio.

Sono considerati Infortuni e compresi nell'Assicurazione:

1. l'asfissia, non dipendente da malattia, per fuga di gas o di vapori;
2. l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita;
3. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
4. i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
5. le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di insetti, aracnidi o animali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
6. le lesioni muscolari determinate da Sforzo con esclusione degli infarti e delle lesioni sottocutanee di tendini, (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
7. le ernie, limitatamente a quelle addominali e da Sforzo, esclusivamente quando non operabili secondo parere medico e qualora ne derivi un'Invalidità Permanente accertata in misura non superiore al 10%;
8. le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione determinata da Infortunio, contemporaneamente al prodursi della lesione stessa;
9. a parziale deroga del successivo Art. 5 lettera v, le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

La copertura comprende anche gli Infortuni che derivano da:

10. colpa grave dell'Assicurato;
11. aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e salvo il caso di legittima difesa;
12. atti di temerarietà dell'Assicurato esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana;
13. a parziale deroga del successivo Art. 5 punto j, stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via semplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, sempre che si tratti di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
14. movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali, avvenuti al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato, qualora ne derivi un'Invalidità Permanente accertata in misura non inferiore al 20%;
15. utilizzo, da parte dell'Assicurato, in qualità di passeggero ed al fine di trasporto pubblico o privato, di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, salvo quanto indicato dall'Art. 5;

La garanzia opera altresì per gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza.



## Art. 2 Persone assicurabili e sottoscrizione della copertura assicurativa

### Art. 2.1 Requisiti di assicurabilità

Il Contraente persona fisica ha la possibilità di stipulare l'assicurazione per sé oppure per conto di altra persona fisica. Anche qualora si tratti di impresa individuale, l'imprenditore potrà assicurare se stesso oppure stipulare l'Assicurazione per conto di altra persona fisica. Il Contraente persona giuridica, infine, stipula senz'altro l'assicurazione per conto di una persona fisica.

L'Assicurato, in ogni caso, viene indicato nel Modulo di polizza.

La Compagnia consente l'accesso e la permanenza in copertura nel rispetto dei requisiti di seguito indicati:

CONTRAENTE	ASSICURATO	CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'
Persona Fisica	Persona fisica coincidente con il Contraente	Assicurato Lavoratore Autonomo
Persona Fisica	Persona fisica non coincidente con il Contraente	Assicurato Lavoratore Dipendente del Contraente
Impresa individuale	Persona fisica titolare dell'impresa Contraente	Assicurato Lavoratore Autonomo
Impresa individuale	Persona fisica diversa dal titolare dell'impresa Contraente	Assicurato Lavoratore Dipendente del Contraente
Persona Giuridica	Persona fisica	Assicurato Lavoratore Dipendente o Socio del Contraente

Il Contraente, o l'Assicurato qualora non coincidesse con il Contraente, hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia l'eventuale cambiamento, dopo la Data di Decorrenza, dello stato di cui sopra, da cui deriva la non assicurabilità. La comunicazione, da effettuarsi ai recapiti e con le modalità di cui all'art. 17, dovrà avvenire tempestivamente e comunque non oltre 15 giorni dall'avvenuto cambiamento.

In tal caso l'Assicurazione cessa con effetto dalla data della comunicazione e la Compagnia restituisce il rateo di premio non goduto rispetto alla scadenza annuale oppure, in caso di frazionamento del Premio, ne interrompe l'addebito dalla rata successiva.

Sono coperti i sinistri occorsi tra la data della perdita del requisito di assicurabilità e la comunicazione nei termini previsti.

Qualora la Compagnia venga a conoscenza della perdita del requisito di assicurabilità in occasione del Sinistro senza averne ricevuto comunicazione dal Contraente o dall'Assicurato nei termini previsti, non sarà tenuta a liquidare il Sinistro medesimo (salvo che la condizione di non assicurabilità si sia verificata nei 15 giorni precedenti). L'assicurazione in tal caso cessa con effetto dalla data del Sinistro e la Compagnia restituisce il rateo di premio non goduto rispetto alla scadenza annuale oppure, in caso di frazionamento del Premio, ne interrompe l'addebito dalla rata successiva.

I requisiti di assicurabilità di cui sopra operano indipendentemente tra loro, riguardando situazioni soggettive differenti al momento di accesso alla copertura. Pertanto, l'assunzione da parte dell'Assicurato di altro requisito di assicurabilità durante il periodo di validità dell'Assicurazione è considerata a tutti gli effetti come una perdita del requisito di assicurabilità ai sensi del capoverso precedente.

La Compagnia non consente l'accesso alla copertura ad Assicurati che:

- alla Data di Decorrenza abbiano un'età inferiore a 18 anni oppure superiore a 74 anni;
- siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza.



Qualora una o più delle sopra citate affezioni insorga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla valutazione dell'effettivo stato di salute dell'Assicurato.

#### Art. 2.2 Condizioni al momento della sottoscrizione

E' possibile sottoscrivere la copertura assicurativa se, al momento dell'adesione, sono rispettate le seguenti condizioni:

	Persona Fisica	Persona Giuridica
Contraente	<ul style="list-style-type: none"><li>o ha la propria residenza in Italia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o ha sede legale in Italia</li><li>o non intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea, Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate</li></ul>

Contraente o Assicurato	<ul style="list-style-type: none"><li>o non sono cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America</li><li>o L'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia</li><li>o non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste <i>OFAC - Office of Foreign Assets Control</i> &gt; <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a>)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o il Titolare effettivo del Contraente non è cittadino di, né residente in, Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America</li><li>o Il Contraente non fa parte, come anche il Titolare Effettivo, di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste <i>OFAC - Office of Foreign Assets Control</i> &gt; <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a>)</li></ul>
-------------------------	---	---

#### Art. 2.3 Condizioni durante l'Assicurazione

L'assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata:

- gli Stati di cui il Contraente o l'Assicurato erano cittadini al momento dell'adesione, o in cui avevano sede nel caso di persone giuridiche, continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, oppure gli Stati di cui il Contraente o l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza dopo l'adesione, o in cui trasferiscono la sede nel caso di persone giuridiche, non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.
- gli Stati di cui il Titolare effettivo del Contraente (persone giuridiche) era cittadino al momento dell'adesione, o in cui aveva residenza, continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, oppure gli Stati di cui il Titolare effettivo del Contraente (persone giuridiche) acquisisce la cittadinanza dopo



l'adesione, o in cui trasferisce la residenza, non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia.
- Il Contraente (persona giuridica) mantiene la propria sede legale in Italia; il Contraente (persona fisica) mantiene la propria residenza in Italia.

Il Contraente e l'Assicurato si obbligano a comunicare la perdita dei predetti requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

Se non viene comunicata tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà al Contraente la parte di Premio non goduta relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio, come indicate nella Proposta.

Si ricorda, quindi, che l'Assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza del Contraente, oppure dopo il trasferimento della residenza in o l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza o cittadinanza originaria) del Contraente o dell'Assicurato.

In caso di Contraente persona giuridica, l'Assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento della sede del Contraente al di fuori dell'Italia.

Inoltre l'Assicurazione non opera nemmeno per sinistri che si verificano dopo il trasferimento della residenza in o l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza o cittadinanza originaria) da parte del Titolare effettivo del Contraente.

In nessun caso le Compagnie possono pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).

### Art. 3 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Le coperture assicurative vengono prestate alle condizioni specificate ai seguenti punti A e B.

#### A. Copertura assicurativa per Invalidità Permanente

In caso di Invalidità Permanente superiore al 5% derivante da Infortunio la Compagnia liquida un Indennizzo.

L'Indennizzo spetta unicamente qualora l'Invalidità Permanente sia accertata entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente viene effettuato sulla base della "Tabella delle Invalidità" (e eventualmente della "Tabella t di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva") di cui all'Allegato A delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Ai fini di cui sopra, alle voci e percentuali contenute nella predetta Tabella, si applicano i seguenti criteri:

1. in caso di mancinerismo, per la valutazione delle menomazioni degli arti superiori, le percentuali relative al lato destro e sinistro vengono invertite;
2. la perdita totale dell'uso funzionale di un organo o arto viene equiparata alla perdita anatomica;
3. nel caso di minorazioni, ovvero perdita funzionale parziale anziché totale, le percentuali sono calcolate entro il massimo previsto per la perdita totale ed in proporzione alla funzionalità perduta. Inoltre, nel caso di minorazioni visive e auditive, si procederà alla quantificazione tenendo conto della possibilità di applicazione di apparecchi correttivi o ausiliari;



4. nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, derivanti da unico infortunio, si procederà alla somma delle singole lesioni fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
5. in caso di menomazioni e minorazioni di più organi, arti o loro parti si procederà alla somma delle percentuali di Invalidità Permanente per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
6. l'assicurazione opera con riferimento alle sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio e, pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana; in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di Invalidità Permanente le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
7. in caso di menomazione o minorazione di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali della tabella sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.

Laddove non sia possibile determinare l'Invalidità Permanente sulla base delle specifiche voci contenute nella *Tabella delle Invalidità*, essa viene comunque determinata sulla base dei valori della detta Tabella e dei criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione.

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo corrispondente all'intera Somma Assicurata.

Se invece l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado inferiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo pari alla percentuale della Somma Assicurata indicata nella "*Tabella degli Indennizzi*" di cui all'Allegato B delle presenti Condizioni di Assicurazione.

#### B. Copertura assicurativa per Inabilità Temporanea Totale

In caso di Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio, la Compagnia liquida la Diaria indicata nel Modulo di Polizza.

La Diaria viene liquidata a partire dal 6° giorno di inabilità (6° giorno incluso) per tutto il tempo durante il quale l'Assicurato non ha potuto svolgere la sua attività professionale, fino a un massimo di 180 giorni per Infortunio.

L'inabilità deve risultare da certificazione medica attestante la lesione e la relativa prognosi.

#### Art. 4 Variazioni di rischio - cambio attività del Contraente

Fermo quanto previsto all'Art. 2.1 in relazione ai soggetti assicurabili, ai fini della determinazione del rischio assicurato e delle Prestazioni oggetto dell'Assicurazione rileva l'attività svolta dal Contraente. Essa è classificata entro le seguenti classi di rischio:

##### Classe di Rischio 1 – relativa ai settori di attività a contenuto manuale – trasformazione di beni:

A titolo esemplificativo ma non esaustivo:

Agricoltori, allevatori, boscaioli, pescatori, macellai e affini

Imprenditori o artigiani del settore edile, decoratori, imbianchini e affini

Idraulici, elettricisti, falegnami, vetrai e affini

Autotrasportatori, pony express, corrieri e affini

Fabbi, tornitori e affini

##### Classe di Rischio 2 – relativa ai settori di attività a contenuto intellettuale – fornitura di servizi:

A titolo esemplificativo ma non esaustivo:

Commercianti, Negozianti, Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori,

Liberi professionisti quali avvocati, notai, commercialisti, architetti, ingegneri, dentisti e medici

Il Contraente dichiara la propria attività in fase di sottoscrizione delle coperture e, nel Modulo di Polizza, ne sottoscrive e conferma la riconducibilità ad una delle Classe di Rischio di cui sopra.



Ferme le esclusioni previste all'Art. 5 e i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2.1, qualora al momento dell'Infortunio l'attività del Contraente sia riconducibile ad una classe di rischio maggiore da quella risultante dal Modulo di Polizza, la Prestazione dovuta dall'Assicuratore viene percentualmente ridotta rispetto all'ammontare dell'Indennizzo determinato ai sensi dell'Art. 3, nella misura indicata dalla seguente tabella:

Attività dichiarata in Polizza	Attività svolta al momento del Sinistro	
	Classe 1	Classe 2
Classe 1	100%	100%
Classe 2	80% (*)	100%

Casi di aggravamento del rischio (\*)

A titolo esemplificativo, qualora l'Indennizzo spettante fosse pari ad Euro 10.000,00 a fronte di un'attività dichiarata al momento della sottoscrizione della Polizza appartenente alla classe di rischio n. 2, l'Indennizzo effettivamente liquidato sarà ridotto ad Euro 8.000,00 a fronte di attività che successivamente risulti appartenere alla classe di rischio n. 1.

## Art. 5 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nello svolgimento dei seguenti lavori e attività:

- manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- detenzione, uso o manipolazione di armi, salvo l'uso sportivo o per la caccia, nel rispetto delle norme di legge che ne regolano l'utilizzo;
- lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo;
- lavoro ad altezze superiori a 20 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- lavoro di guida di alta montagna;
- attività sportiva professionistica (gare, prove e allenamenti).

Tutte le coperture sono inoltre escluse nelle seguenti circostanze o condizioni:

- Infortunati già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 1 punto 13;
- i Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'art. 186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo non di voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclubs o società private di lavoro aereo;
- viaggi su aeromobili di società o aziende di lavoro aereo, per voli diversi dal trasporto pubblico e privato passeggeri; uso di aeromobili di aeroclubs;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- Sinistri derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per finalità di terrorismo;
- Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;



- q) Infortuni causati dalla pratica professionale di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
- r) Infortuni derivanti dalla pratica professionale di sport estremi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e similari, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- s) pratica di sport aerei in genere e del volo dal diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- t) partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- u) Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- v) interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dall'Art. 1 punto 9.

#### Art. 6 Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

La copertura assicurativa ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, ove il Contraente o l'Assicuratore non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta. La disdetta potrà essere effettuata dal Contraente compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL, ovvero inviando una lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 17 (farà fede la data di sottoscrizione apposta sul modulo ovvero il timbro postale), almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo, ovvero delle successive scadenze annuali.

La Compagnia potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo.

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- in caso di chiusura del conto corrente - salva la modifica con altro intrattenuto presso BNL - con effetto: i) dalla fine dell'Anno Assicurativo qualora il Contraente abbia optato per il pagamento del Premio in un'unica soluzione anticipata; oppure ii) dalla data della prima scadenza mensile successiva a quella dell'addebito dell'ultimo Premio mensile qualora il Contraente abbia optato per il pagamento del Premio con frazionamento mensile;
- in caso di sopravvenuta non assicurabilità in conseguenza della perdita, da parte dell'Assicurato, del requisito di assicurabilità di cui all'Art. 2.1, dal momento di comunicazione del cambiamento ovvero dalla sua scoperta;
- alla data di liquidazione dell'intera Somma Assicurata indicata sul Modulo di Polizza o dell'intera somma liquidabile ai sensi dell'Art.4;
- alla fine dell'Anno Assicurativo in cui l'Assicurato compie il 75° anno di età;
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio;
- se il Contraente, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del Contraente, oppure del suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o dell'Assicurato, con effetto dalla data di applicazione
- se il Contraente (persona giuridica)perde la propria sede legale in Italia oppure la propria residenza in Italia in caso di Contraente persona fisica, con effetto dalla data del trasferimento della residenza.
- se il Contraente trasferisce la sede in uno degli Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, con effetto dal trasferimento della sede, oppure





vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dell'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria del Contraente con effetto dalla data di applicazione.

## Art. 7 Diritto di recesso

### Art. 7.1 Recesso del Contraente

Il Contraente può recedere dall'assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza, compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL, ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

Fax: 02 30329809

[lineapersone@cardif.com](mailto:lineapersone@cardif.com)

Alla ricezione di detta comunicazione la Compagnia rimborserà quanto pagato al netto delle imposte.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso.

La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

### Art. 7.2 Recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, l'Assicurato o il Contraente, oppure il suo titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno di inoltro della comunicazione di recesso.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov)).

La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

## Art. 8 Premio dell'assicurazione

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente, intrattenuto presso BNL.

Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il primo addebito del Premio è effettuato alla Data di Decorrenza ed avrà ad oggetto l'intero importo del Premio, oppure, in caso di frazionamento dello stesso, la prima rata mensile di Premio.

Il Contraente potrà optare per il frazionamento mensile del Premio in fase di sottoscrizione della copertura, indicando tale scelta nel Modulo di Polizza.

L'ammontare del Premio dipende dalla Somma Assicurata e dalla classe di rischio indicate nel Modulo di Polizza.

In caso di mancato buon esito dell'addebito del primo Premio o della prima rata di Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 della data di tentato addebito fino alle ore 24 della data del pagamento di quanto dovuto. In caso di mancato buon esito dell'addebito dei Premi o delle rate di Premio successivi al primo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora la Compagnia, nel termine di 6 (sei) mesi dalla scadenza del termine previsto per il pagamento del primo Premio o dei Premi successivi, non agisce per la riscossione.

In tal caso la Compagnia ha diritto al pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.



#### **Art. 9 Adeguamento automatico del premio e modifica delle condizioni di assicurazione**

La Compagnia, si riserva il diritto di variare le Condizioni di Assicurazione e/o di incrementare l'importo del Premio dell'assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo in relazione agli Anni Assicurativi successivi al primo.

La Compagnia comunicherà al Contraente l'esercizio di tale diritto ed i termini della modifica con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

Il Contraente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con comunicazione da inviarsi alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo a mezzo lettera raccomandata AR. In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso.

In ogni caso, prestando la propria accettazione alla sottoscrizione delle coperture assicurative il Contraente ha concordato che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

#### **Art. 10 Dichiarazioni relative al rischio**

Premesso che il contratto e il relativo Premio di Polizza sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Contraente, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo dovuto a seguito di Sinistro.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

L'Assicurato potrà altresì dare informazione scritta alla Compagnia di ogni diminuzione del rischio.

#### **Art. 11 Altre assicurazioni**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tale eventualità rimane comunque fermo l'obbligo per l'Assicurato, in caso di Sinistro, di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri assicuratori, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. L'omissione dolosa può consentire alla Compagnia di non liquidare la Prestazione prevista ai sensi di Polizza.

#### **Art. 12 Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

#### **Art. 13 Validità territoriale**

Ferme le esclusioni di cui all'art. 5, l'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### **Art. 14 Legge applicabile**

Alla Polizza viene applicata la Legge Italiana.

#### **Art. 15 Procedimento di mediazione e foro competente**

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali", il tentativo di mediazione è obbligatorio e deve pertanto essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa. La domanda di mediazione deve essere presentata mediante deposito di un'istanza presso un Organismo di Mediazione situato nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

In tal caso, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta di mediazione (con l'indicazione dell'Organismo, delle Parti, dell'oggetto e delle ragioni della pretesa), depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di Cardif – Customer Care – Piazza Lina Bo Bardi 3 – 20124 Milano, fax n. 02 77224261.



Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente o degli aventi diritto.

## Art. 16 Reclami

### Reclami alla Compagnia

Il reclamo che riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri) deve essere inoltrato per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami di Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza Generale per l'Italia:

Cardif – Ufficio Reclami  
Piazza Lina Bo Bardi 3  
20124 Milano  
email [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)  
fax 02.77.224.265

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

### Reclami all'intermediario assicurativo

Il reclamo che riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviato per iscritto a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello Allegato 4, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

### Reclami all'IVASS

Il reclamo che riguarda l'accertamento della normativa di settore deve essere inviato, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS – Servizio tutela del consumatore  
Via del Quirinale 21  
00187 Roma  
[ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)  
fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) e sul sito della Compagnia [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali si presenta il reclamo;
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto..

E' possibile, in ogni caso, chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010) e rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Se il reclamo è nei confronti di una compagnia assicurativa che ha sede in un altro Paese Ue e il reclamante risiede in Italia, è possibile presentare il reclamo a:

- l'autorità di vigilanza o al sistema competente dello Stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- l'IVASS che lo inoltrerà all'Autorità estera, informando l'Assicurato per conoscenza.



Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>.

#### **Art. 17 Comunicazioni**

Tranne che per recesso (> art. 7), per i sinistri (> art. 20), per i reclami (>art. 16) e per la privacy (> art. 19) tutte le altre comunicazioni possono essere inviate a mezzo posta o email ai seguenti recapiti:

**Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita**

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

[servizioclienti@cardif.com](mailto:servizioclienti@cardif.com)

allegando copia di un valido Documento di Identità e del Codice Fiscale. In caso di utilizzo della posta elettronica si dovrà altresì allegare scansione della comunicazione debitamente firmata.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente. Il Contraente e/o l'Assicurato, telefonando al numero verde Servizio Clienti 800.900.780 oppure dall'estero 02.77224686 (lunedì-venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00), potranno altresì chiedere informazioni relative alle caratteristiche del prodotto.

La Compagnia, nella propria Home Page Internet ([www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it)), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione.

#### **Art. 18 Imposte e tasse**

Gli oneri fiscali e gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, sono a carico del Contraente.

#### **Art. 19 Protezione dei dati personali**

Come parte del contratto assicurativo e in qualità di titolare del trattamento, l'Assicuratore è tenuto ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Cliente (da intendersi quale Contraente/Aderente o Assicurato o Beneficiario del contratto assicurativo, oppure i soggetti che li rappresentano, o il Titolare effettivo), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è obbligatorio. Se il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati.

**I dati personali raccolti dall'assicuratore sono necessari:**

- a. Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, tra cui:

- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

- b. Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta



L'Assicuratore utilizza i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la gestione dei sinistri assicurativi e l'esecuzione della copertura assicurativa;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti dell'Assicuratore;
- l'assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione dell'Assicuratore della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

c. Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore

L'Assicuratore utilizza i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

- prova del pagamento del premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario dell'Assicuratore o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
- personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
  - miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
  - promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo dell'Assicurato. Tale obiettivo può essere raggiunto:
    - segmentando i potenziali e gli attuali clienti dell'Assicuratore;
    - analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che l'Assicuratore rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web dell'Assicuratore, ecc.);
    - condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è – o diventerà – cliente di un'altra società del Gruppo; e
    - incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che l'Assicuratore già tratta su di lui (es. l'Assicuratore potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).
- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso.

L'Assicurato ha i seguenti diritti:

- Il diritto di accesso: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- Il diritto di rettifica: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- Il diritto alla cancellazione: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.



- Il diritto alla limitazione del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- Il diritto di opposizione: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di *marketing* diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale *marketing* diretto.
- Il diritto di revocare il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Il diritto alla portabilità dei dati: ove legalmente applicabile, l'Assicurato ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito all'Assicuratore o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a terzi.

Se l'Assicurato desidera ricevere ulteriori informazioni sul trattamento dei suoi dati personali effettuato dall'Assicuratore, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene tutte le informazioni inerenti al trattamento dei dati personali che l'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuto a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati dell'Assicuratore) a mezzo *e-mail* o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

> [data.protection.italy@cardif.com](mailto:data.protection.italy@cardif.com)

> P.za Lina Bo Bardi, 3  
20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione.

In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

Quando denuncia un sinistro, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore esclusivamente per le finalità di gestione del contratto assicurativo.

Quando stipula la polizza, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico.

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore esclusivamente per le finalità di conclusione del contratto assicurativo.

Quando il Cliente compila un questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le malattie che riguardano l'Assicurato o gli incidenti subiti in passato).

Sulla base delle risposte del Cliente può essere emessa un'offerta assicurativa. Il premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale dell'Assicuratore, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel



presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo *web* già citato.

## GESTIONE DEL SINISTRO

### Art. 20 Denuncia dei sinistri

Appena si verifica un sinistro deve comunicarlo immediatamente alla Compagnia a mezzo posta, fax o tramite email, ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Ufficio Sinistri

Casella Postale 421

20123 Milano (MI)

fax 02 30329810

[documentisinistriprotezione@cardif.com](mailto:documentisinistriprotezione@cardif.com)

Per informazioni e chiarimenti l'Assicurato può contattare il Servizio Clienti al numero verde 800.900.780 oppure dall'estero 02.77224686, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

Può inoltre denunciare online il sinistro sul sito [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it).

La denuncia deve avvenire entro 10 giorni da quello in cui si è verificato l'Infortunio e deve contenere la documentazione specifica, come riportato nell'articolo seguente.

### Art. 21 Documentazione

La documentazione specifica che deve essere fornita varia in funzione della garanzia. In particolare:

#### A. Invalidità Permanente

La denuncia di Sinistro deve essere corredata da certificazione di Invalidità Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale nonché dalla copia della cartella clinica ed eventuale verbale rilasciato dalle autorità intervenute sul luogo dell'incidente.

#### B. Inabilità Temporanea Totale

L'inabilità Temporanea Totale deve risultare da dichiarazione del medico curante. In caso di Ricovero occorrerà produrre: verbale di pronto soccorso, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica.

Se l'Inabilità Temporanea si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extra-europeo, l'Indennizzo spetta soltanto per il periodo di degenza, documentata, in Istituto di cura; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Compagnia entro tre giorni lavorativi, pena la decadenza del diritto all'Indennizzo corrispondente.

Qualora l'Assicurato sia il dipendente o il socio del Contraente, la denuncia di sinistro dovrà includere altresì:

- l'ultima busta paga dell'Assicurato, se dipendente del Contraente;
- l'attestazione documentale della posizione dell'Assicurato quale socio del Contraente al momento del sinistro.

Qualora l'Assicurato sia il Lavoratore Autonomo la denuncia di sinistro dovrà includere:

- il certificato di attestazione della Partita IVA rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, nel caso in cui si tratti di persona fisica;
- in alternativa, in caso di Assicurato titolare di Impresa Individuale, la visura camerale.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo la normativa vigente;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Compagnia.



In tutti i casi la spesa relativa alla documentazione medica che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico.

#### **Art. 22 Obblighi dell'Assicurato**

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione attinente e produrre la documentazione medica del caso; inoltre l'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

#### **Art. 23 Controversie - arbitrato irrituale**

In caso di controversia di natura medico legale sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente nonché sull'applicazione dei criteri di accertamento del grado di invalidità di cui all'Art.3 lettera A, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, l'Assicurato e la Compagnia hanno la facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio medico di tre periti medicolegali, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio. Il collegio ha sede presso il Comune che ospita l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza del Cliente. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico-legale da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e raccolte in apposito verbale redatto in duplice esemplare. Tali decisioni sono vincolanti per la Compagnia e per l'Assicurato, i quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. La Compagnia e l'Assicurato si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico anche se uno dei periti medicolegali si rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

#### **Art. 24 Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo**

La Compagnia, ricevuta la documentazione completa, effettuata la necessaria valutazione secondo quanto riportato negli articoli precedenti, entro 30 giorni provvederà al pagamento dell'Indennizzo all'Assicurato.

Tutti i pagamenti di Cardif, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro
- versati su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un'Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

Il diritto all'Indennizzo relativo alla copertura in caso di Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non può essere ceduto. Qualora l'Assicurato sia deceduto prima che la Compagnia abbia liquidato l'Indennizzo, lo stesso verrà versato agli eredi legittimi e/o testamentari.





## ALLEGATO A - TABELLA DELLE INVALIDITA' (INAIL)

DESCRIZIONE		D	S
1	Sordità completa di un orecchio	15	
2	Sordità completa bilaterale	60	
3	Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
4	Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
5	Altre menomazioni della facoltà visiva	Tabella Successiva	
6	Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
7	Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
8	Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
9	a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
10	b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
11	Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
12	Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
13	Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	Nessuna	
14	Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
15	Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
16	Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40	30
17	Perdita del braccio:		
18	a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
19	b) per amputazione al terzo superiore	80	70
20	Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
21	Perdita di tutte le dita della mano	65	55
22	Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
23	Perdita totale del pollice	28	23
24	Perdita totale dell'indice	15	13
25	Perdita totale del medio	12	
26	Perdita totale dell'anulare	8	
27	Perdita totale del mignolo	12	
28	Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
29	Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
30	Perdita della falange ungueale del medio	5	
31	Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
32	Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
33	Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
34	Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
35	Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
36	Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
37	Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
38	a) in semipronazione	30	25
39	b) in pronazione	35	30
40	c) in supinazione	45	40
41	d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
42	Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
43	Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
44	a) in semipronazione	40	25
45	b) in pronazione	45	40
46	c) in supinazione	55	50
47	d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
48	Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
49	Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
50	a) in semipronazione	22	18
51	b) in pronazione	25	22
52	c) in supinazione	35	30
53	Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
54	Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di una protesi	80	
55	Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
56	Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
57	Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	



58	Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
59	Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
60	Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
61	Perdita totale del solo alluce	7
62	Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato	3
63	Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35
64	Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20
65	Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11

**NOTE:**

La tabella riporta l'allegato 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e quelle del Sinistro al destro.



## ALLEGATO A - TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA (INAIL INDUSTRIA)

Visus Perduto	Visus Residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

### NOTE:

- A. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- B. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- C. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- D. Le perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
- E. In caso di afachia monolaterale:
  - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10: 15%
  - con visus corretto di 7/10: 18%
  - con visus corretto di 6/10: 21%
  - con visus corretto di 5/10: 24%
  - con visus corretto di 4/10: 28%
  - con visus corretto di 3/10: 32%
  - con visus corretto inferiore a 3/10: 35%
- F. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

### ULTERIORE NOTA ESPLICATIVA:

La presente tabella si applica esclusivamente in caso di danno binoculare; la perdita totale della facoltà visiva di un occhio comporta un'inabilità permanente del 35%, indipendentemente dalla circostanza che l'occhio lesionato sia l'occhio migliore.



## ALLEGATO B: TABELLA DEGLI INDENNIZZI (Art. 3)

Per comprendere la tabella degli indennizzi:

- % Invalidità permanente accertata: è la percentuale di invalidità permanente accertata a seguito di Infortunio.
- % Somma assicurata da liquidare: indennizzo corrisposto in caso di sinistro. Per ogni grado di Invalidità Permanente accertata viene associata una percentuale di indennizzo specifica. Questa percentuale verrà moltiplicata per la Somma Assicurata scelta.

Nota: Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo corrispondente all'intera Somma Assicurata.

% Invalidità Permanente Accertata	% Somma Assicurata da Liquidare
da 1% a 5%	0,0%
6%	1,0%
7%	2,0%
8%	3,0%
9%	4,0%
10%	5,0%
11%	6,0%
12%	7,0%
13%	8,0%
14%	9,0%
15%	10,0%
16%	11,0%
17%	12,0%
18%	13,0%
19%	14,0%
20%	20,0%
21%	21,0%
22%	22,0%
23%	23,0%
24%	24,0%
25%	25,0%
26%	26,0%
27%	27,0%
28%	28,0%
29%	29,0%
30%	30,0%
31%	31,0%
32%	32,0%
33%	33,0%
34%	34,0%
35%	35,0%
36%	36,0%
37%	37,0%
38%	38,0%
39%	39,0%
40%	40,0%
41%	41,0%
42%	42,0%
43%	43,0%
44%	44,0%
45%	45,0%
46%	46,0%
47%	47,0%
48%	48,0%
49%	49,0%
≥50%	100%