

# Polizza Invalidità Permanente da Malattia



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni  
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers  
Prodotto: BNL Sostegno Futuro  
Edizione Luglio 2024 (ultima edizione disponibile)

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

## Che tipo di Assicurazione è?

BNL Sostegno Futuro è una Polizza assicurativa a tutela della persona in caso di diagnosi di una delle malattie gravi indicate nel contratto, che comporti un'invalidità permanente superiore al 5%, per poter affrontare con maggior tranquillità le proprie cure e la riabilitazione.



## Che cosa è assicurato?

La copertura viene prestata per una somma assicurata compresa fra 30.000 e 150.000 euro.

- ✓ Invalidità Permanente da Malattia in caso di diagnosi di una delle seguenti 6 Malattie Gravi:
  - ✓ Cancro
  - ✓ Ictus
  - ✓ Infarto miocardico
  - ✓ Chirurgia di by-pass aorto-coronarico
  - ✓ Trapianto di organi principali
  - ✓ Insufficienza renale



## Che cosa NON è assicurato?

- ✗ cliente con età superiore ai 65 anni al momento della sottoscrizione;
- ✗ cliente con età superiore ai 71 anni alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

Sono previste limitazioni legate alla residenza/domicilio del Contraente/Assicurato.

Non possono in ogni caso essere assicurate le persone che, al momento della firma della Proposta di Polizza:

- ✗ lavorano in miniera e sono direttamente coinvolte attività di estrazione o di costruzione o esplorazione sottoterra;
- ✗ lavorano in qualsiasi piattaforma marittima (off-shore), sottomarino o nave e sono direttamente coinvolte in attività di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- ✗ lavorano in siti industriali e sono direttamente coinvolte nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;
- ✗ sono a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi.

Se l'Assicurato entra a far parte di una di queste categorie professionali durante l'Anno Assicurativo, deve avvisare immediatamente la Compagnia del conseguente aggravamento del rischio.



## Ci sono limiti di copertura?

È esclusa l'insorgenza della Malattia Grave causata direttamente o indirettamente da:

- ! attività dolosa del Cliente o del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ! attività sportive e/o professionali condotte dall'Assicurato. In particolare sono esclusi pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, alpinismo superiore a 4000 metri, sci d'acqua, gare di motonautica, immersioni subacquee a profondità superiori ai 40 metri, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- ! abuso di alcool, o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ! danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo; con ciò si intende che l'Indennizzo non viene erogato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- ! malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di Infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Polizza, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- ! infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora la Malattia Grave si verifichi entro 5 anni dall'emissione della Polizza, salvo il caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuati nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di Polizza.



## Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete prestando molta attenzione a quanto riportato nella modulistica soprattutto sul tuo stato di salute.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e 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 la Proposta di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, come ad esempio la compilazione e la sottoscrizione del Questionario di selezione medica, 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.

In caso di sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.



### Quando e come devo pagare?

Il versamento del Premio verrà effettuato tramite addebito sul c/c. Il Premio è annuale anticipato con possibilità di frazionamento mensile senza alcun onere di rateizzazione. In caso di pagamento mensile le 12 rate mensili saranno di pari importo, senza alcuna maggiorazione rispetto al pagamento in un'unica soluzione.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Garanzia Assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Lettera di Conferma. L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno per un massimo di 19 rinnovi, ove il Cliente o l'Assicurato non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta.



### Come posso disdire la Polizza?

La disdetta potrà essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR a Cardif, via email, fax o compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario), almeno 30 giorni prima della scadenza di ogni Anno Assicurativo. Al termine del periodo assicurativo successivo al 19° rinnovo la copertura cessa automaticamente senza comunicazione da darsi tra le parti. Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Cliente sulla Proposta di Polizza almeno 30 giorni prima della scadenza di ogni Anno Assicurativo.

# Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni  
(DIP aggiuntivo Danni)

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: BNL Sostegno Futuro

Edizione Luglio 2024 (ultima edizione disponibile)

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

[Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.](#)

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e 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; tel. 02.77224.1; sito internet: [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) email: [servizioclienti@cardif.com](mailto:servizioclienti@cardif.com); pec: [cardifrd@pec.cardif.it](mailto:cardifrd@pec.cardif.it)

Cardif Assurances Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente. Tutte le patologie dichiarate devono essere confermate da referto medico.

### Invalidità Permanente da Malattia

Cardif riconosce all'Assicurato la corresponsione di una Somma Assicurata nel caso in cui sia diagnosticata a quest'ultimo, nel corso della durata contrattuale, una Malattia Grave avente le caratteristiche di seguito specificate comportanti necessariamente una Invalidità Permanente di grado superiore al 5%:

- **cancro:** tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani. La diagnosi di cancro deve essere confermata da referto istopatologico. Il cancro comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.
- **ictus:** necrosi del tessuto cerebrale dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue o di emorragia che ha come conseguenza tutte le seguenti condizioni: comparsa di sintomi neurologici compatibili con un ictus; insorgenza di nuovi deficit neurologici obiettabili all'esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la diagnosi di ictus; nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la diagnosi clinica.
- **chirurgia di bypass aortocoronarico:** Intervento di cardiocirurgia in campo aperto per correggere la stenosi o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante un innesto di bypass.
- **trapianto d'organo principale:** Inclusione all'interno di una lista di attesa ufficiale o il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o midollo osseo.
- **insufficienza renale:** Insufficienza renale terminale all'ultimo stadio che richiede emodialisi o regolare dialisi peritoneale. La diagnosi deve essere confermata da un nefrologo. La dialisi deve essere una situazione definitiva e non intermedia dovuta ad un acuto stato di insufficienza renale incapace di recuperare la sua attività (insufficienza renale transitoria).
- **infarto miocardico:** Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto: necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue. La diagnosi deve essere confermata da biomarcatori cardiaci che sono in linea con la terza versione della definizione universale di infarto miocardico globalmente accettata, più uno dei seguenti parametri:
  - Segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore;
  - Nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

<b>Riduzione del Premio</b>	Non sono previste riduzioni di premio
<b>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</b>	
<b>Pagamento aggiuntivo</b>	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

 <b>Che cosa NON è assicurato?</b>	
<b>Rischi esclusi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tutte le Malattie gravi diverse da Cancro, ictus, chirurgia di by-pass aortocoronarico, insufficienza renale, infarto miocardico;</li> <li>il Contraente che non ha residenza/domicilio (persona fisica) o sede legale (persona giuridica) in Italia;</li> <li>l'Assicurato che non ha residenza/domicilio in Italia;</li> <li>il Contraente, il suo Titolare Effettivo (ove presente) e l'Assicurato che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control &gt; <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a>);</li> <li>il Titolare Effettivo residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU dall'Unione e dagli Stati Uniti d'America.</li> </ul>

 <b>Ci sono limiti di copertura?</b>	
La copertura assicurativa contro il rischio di Malattia Grave è soggetta ad una Carenza pari a 90 giorni.	

 <b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?</b>	
<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> In caso di sinistro, ti invitiamo a dare immediatamente avviso alla Compagnia privilegiando l'utilizzo del canale telefonico e chiamando il nostro Servizio Clienti al numero verde <b>800.900.780</b> oppure dall'estero <b>+39 02.77.22.4686 (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00)</b>.</p> <p>Potrai comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattarci ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;"><b>Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri</b> <b>Casella postale 421</b> <b>20123 Milano</b> <b>email: <a href="mailto:documentisinistriprotezione@cardif.com">documentisinistriprotezione@cardif.com</a></b></p> <p>Ai fini della liquidazione dei Sinistri dovrà essere consegnata a Cardif la documentazione prevista nonché ogni altra documentazione necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.</p> <p>Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo per la Malattia Grave, dovrà essere trasmesso a Cardif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la richiesta di liquidazione, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona in sua vece, con la quale viene comunicata l'insorgenza della Malattia Grave, come riportata nel referto medico corrispondente, indicandone il tipo tra quelle previste nelle Condizioni di Assicurazione, precisando la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica;</li> <li>la Polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa;</li> <li>la fotocopia del documento di identità dell'Assicurato;</li> <li>il certificato del medico curante, preferibilmente redatto sull'apposito modulo fornito da Cardif;</li> <li>la copia autenticata della cartella clinica integrale relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, dell'Assicurato antecedente o in corso al momento della diagnosi di Malattia Grave, comprensiva degli esami specialistici e di laboratorio completi, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</li> </ul> <p>Cardif si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria od amministrativa ad integrazione di quanto già trasmesso.</p> <p>La Compagnia può non pagare l'Indennizzo se la documentazione medica presentata è stata prodotta in un paese al di fuori dell'Italia.</p> <p>Infine, se l'avente diritto alla Prestazione è un interdetto, la richiesta di liquidazione dovrà essere sottoscritta da chi ne esercita la potestà o dal Tutore. Prima di procedere alla liquidazione, Cardif dovrà ricevere il Decreto di Autorizzazione del Giudice Tutelare.</p>
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> Non prevista
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> Non prevista

	<b>Prescrizione:</b> I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compreso il recesso da parte di Cardif o la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante lo stesso.  L'Assicurato acquisisce il diritto all'Indennizzo dopo 14 giorni dalla data del Sinistro, ossia dalla diagnosi di Malattia Grave, a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del 14° giorno successivo a tale data.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	Il premio può essere corrisposto annualmente o con frazionamento mensile.
<b>Rimborso</b>	Il rimborso del premio avviene al netto delle imposte in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità e in caso di esercizio del diritto di ripensamento o in caso di recesso. La Compagnia provvede a rimborsarti il Premio versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso. Potranno essere trattenute le eventuali spese amministrative per l'emissione del contratto, come quantificate nella Proposta di Polizza.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP.
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le Garanzie. Se il Cliente non paga il Premio relativo al primo anno, Cardif può agire per l'esecuzione dell'Assicurazione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il Premio è ripartito in più rate (pagamento mensile); in tal caso il termine decorre dalla data di scadenza delle singole rate.

 <b>Come posso disdire la Polizza?</b>	
<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>Puoi esercitare il diritto di ripensamento (o recesso) dall'Assicurazione entro 60 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:</p> <p style="text-align: center;"><b>Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita</b>  <b>Casella Postale 231</b>  <b>20123 Milano (MI)</b>  <b>Fax: 02 30329809</b>  <b>email: lineapersona@cardif.com</b></p> <p>Cardif provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte al Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso. L'esercizio del diritto di ripensamento 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 ripensamento. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine del ripensamento, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p>
<b>Risoluzione</b>	Cardif può recedere dall'assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a> ) o se le dichiarazioni dell'Assicurato, in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione o nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
Il prodotto è dedicato a tutti i clienti persone fisiche (con un'età superiore ai 18 anni) e persone giuridiche con un conto corrente presso BNL S.p.A. che intendono tutelare sé stessi o un'altra persona dal rischio di Invalidità Permanente superiore al 5% dovuta ad una delle Malattie Gravi indicate nel contratto.	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
Spese di emissione del contratto: 5 Euro	

**costi di intermediazione**

- 30% del premio netto versato

**COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Cardif – Ufficio Reclami- Piazza Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano; e-mail <a href="mailto:reclami@cardif.com">reclami@cardif.com</a> ; fax 02.77.224.265. La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
<b>All'IVASS</b>	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:  <b>IVASS - Servizio tutela del consumatore</b> <b>Via del Quirinale 21 - 00187 Roma</b> <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> <b>fax 06 4213 3206</b>  Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> e sul sito della Compagnia <a href="http://www.bnpparibascardif.it">www.bnpparibascardif.it</a> nella sezione dedicata ai reclami.  L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: <a href="http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html">http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione (Obbligatoria)</b>	È possibile chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010) e rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
<b>Negoziazione assistita (Facoltativa)</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato;</li> <li>• per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile sul sito <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">www.ec.europa.eu/fin-net</a> - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</li> </ul>

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

# POLIZZA BNL SOSTEGNO FUTURO

PROTEZIONE DELLA PERSONA

Modello SSFBNL0724

Edizione 07/2024

*La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"*

Polizza 963\_204 - Presentazione



**CARDIF**  
GRUPPO BNP PARIBAS

[bnpparibascardif.it](http://bnpparibascardif.it)

# Indice

<b>La Polizza in sintesi</b> .....	<b>1 di 1</b>
<b>Condizioni di Assicurazione</b> .....	<b>1 di 15</b>
<b>Glossario</b> .....	<b>1 di 15</b>
<b>Norme che regolano la Garanzia Assicurativa</b> .....	<b>3 di 15</b>
Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione? .....	3 di 15
Art. 2. Chi si può assicurare? .....	4 di 15
Art. 3. A quali condizioni opera la Garanzia Assicurativa? .....	4 di 15
Art. 4. Come sottoscrivere l'Assicurazione? .....	5 di 15
Art. 5. Quali sono le prestazioni? .....	6 di 15
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalla Garanzia Assicurativa? .....	6 di 15
Art. 7. Quanto dura la Garanzia Assicurativa? .....	6 di 15
Art. 8. Chi è il beneficiario della Garanzia Assicurativa? .....	7 di 15
Art. 9. Quali sono i Massimali? .....	8 di 15
Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio? .....	8 di 15
Art. 11. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione? .....	8 di 15
Art. 12. Dove vale la Garanzia Assicurativa? .....	8 di 15
Art. 13. Si può recedere dall'Assicurazione? .....	8 di 15
Art. 14. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia? .....	9 di 15
Art. 15. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato? .....	9 di 15
Art. 16. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete? .....	10 di 15
Art. 17. Come comunicare con la Compagnia? .....	10 di 15
Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le garanzie o altri diritti derivanti dall'Assicurazione? .....	10 di 15
Art. 19. Oneri .....	10 di 15
Art. 20. Quale legge si applica? .....	11 di 15
Art. 21. Qual è il foro competente in caso di controversia? .....	11 di 15
<b>Gestione del Sinistro</b> .....	<b>11 di 15</b>
Art. 22. Come si denuncia un Sinistro? .....	11 di 15
Art. 23. Quando sarà pagato l'indennizzo? .....	12 di 15
<b>Reclami</b> .....	<b>12 di 15</b>
Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo? .....	12 di 15
<b>Protezione dei dati personali</b> .....	<b>13 di 15</b>
Art. 25. Protezione dei dati personali .....	13 di 15
<b>Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione BNL Sostegno Futuro</b> .....	<b>14 di 15</b>
<b>ALLEGATO 1</b> .....	<b>15 di 15</b>



**CARDIF**  
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

## La Polizza in sintesi

La "Polizza BNL - Sostegno Futuro" è una polizza facoltativa che offre protezione per affrontare con maggior tranquillità le cure e le riabilitazioni necessarie a seguito di Invalidità permanente superiore al 5% derivante da una delle Malattie Gravi coperte dalla polizza che quindi impedisce o limita in modo definitivo la capacità di svolgere qualsiasi lavoro. L'Assicurato acquisisce il diritto all'indennizzo, pari alla somma assicurata scelta fra un minimo di 30.000 euro ed un massimo di 150.000 euro, decorsi 14 giorni dalla data della diagnosi ovvero dalla data del Sinistro, purché lo stesso Assicurato sia in vita alle ore 24:00 del 14° giorno successivo alla data della diagnosi.

Che cos'è

### La garanzia offerta dal prodotto

L'Assicurazione offre protezione alle persone fisiche assicurate nel caso in cui venisse loro diagnosticata una delle seguenti Malattie Gravi con conseguente Invalidità Permanente superiore al 5%:

- **cancro;**
- **ictus;**
- **infarto miocardico;**
- **chirurgia di by-pass aorto-coronarico;**
- **trapianto di organi principali;**
- **insufficienza renale.**

Cosa copre

### AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione e le relative garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste negli articoli di seguito riportati.

Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sull'Assicurazione  
Numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77.22.4686  
Dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00

 Da tenere a mente



## Glossario

### Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui la Garanzia Assicurativa è efficace; il primo Anno Assicurativo inizia alle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

### Assicurato

Persona fisica protetta dall'Assicurazione. Può coincidere con il Contraente.

### Assicurazione

Contratto sottoscritto dal Contraente con il quale la Compagnia presta la Garanzia Assicurativa.

### Banca/Intermediario

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., iscritta al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 (RUI).

### Beneficiario

Persona che coincide con l'Assicurato e che ha diritto all'indennizzo quando si verifica il Sinistro.

### Carenza

Periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza in cui la Garanzia Assicurativa non ha effetto.

### Compagnia

Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Sede legale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi (Francia)
- Capitale sociale: euro 21.602.240
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata con D.M. del 27.02.1989.

### Condizioni di Assicurazione

Clausole contrattuali che regolano la Garanzia Assicurativa.

### Contraente

Persona fisica o giuridica che è titolare e/o cointestataria di un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL) e che stipula l'Assicurazione.

### Data di Decorrenza

Data indicata nella Lettera di Conferma dalla quale la Garanzia Assicurativa è efficace.

### DCIS

Diagnosi istologicamente confermata di tumore primario dei dotti mammari, nei quali c'è stata proliferazione cellulare epiteliale maligna, senza che ci sia stata invasione dei tessuti circostanti la membrana basale dei dotti.

### Fumatore

Soggetto che ha fatto uso, anche ogni tanto nei due anni prima della data di sottoscrizione dell'Assicurazione, di sostanze che contengono nicotina.

### Garanzia Assicurativa

La garanzia offerta dall'Assicurazione che protegge l'Assicurato in caso di Malattia Grave.

### Indennizzo

Somma pagata dalla Compagnia in caso di Sinistro.

### Infortunio

Incidente dovuto a una causa accidentale, violenta e non dipendente dall'Assicurato, che provoca danni fisici verificabili.

### Invalidità permanente

Perdita o la diminuzione, definitiva e irrimediabile, della capacità dell'Assicurato, di fare qualsiasi lavoro, indipendentemente da quello specificamente svolto.

### IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di Assicurazione.

### Lettera di Conferma

Documento con cui la Compagnia accetta la Proposta di Polizza effettuata dal Contraente. La Lettera di Conferma, unitamente alla Proposta di Polizza, è parte integrante della documentazione contrattuale perciò il Contraente è tenuto a conservarne una copia.

### Malattia Grave

Cancro, ictus, chirurgia di by-pass aortocoronarico (CABS), insufficienza renale, trapianto d'organo principale o infarto miocardico, come descritti nelle Condizioni di Assicurazione, che comportano una Invalidità Permanente superiore al 5%.

### Premio

Somma che si paga alla Compagnia per avere diritto alle prestazioni previste dall'Assicurazione.



**Proposta di Polizza**

Documento firmato dal Contraente e dall'Assicurato (se diverso dal Contraente) con cui il Contraente propone alla Compagnia di stipulare la Polizza in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate nella Proposta stessa.

**Questionario di selezione medica**

Questionario con domande sullo stato di salute e le abitudini di vita dell'Assicurato da compilare insieme alla Proposta di Polizza che viene usato dalla Compagnia per valutare i rischi assunti con l'Assicurazione.

**Sinistro**

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

**Somma Assicurata**

Importo assicurato indicato nella Proposta di Polizza.

**Tecnica di vendita a distanza**

Qualunque strumento per concludere il contratto di Assicurazione senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia o dell'intermediario e del Contraente.

**Titolare Effettivo**

La/e persona/e fisica/he che possiede/ono o controlla/no direttamente o indirettamente il Contraente persona giuridica.



# Norme che regolano la Garanzia Assicurativa

## Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?

L'Assicurazione copre, nei limiti della Somma Assicurata e delle altre Condizioni di Assicurazione, il danno sofferto dall'Assicurato al quale venga diagnosticata durante l'Anno Assicurativo una delle seguenti Malattie Gravi, con conseguente Invalidità Permanente superiore al 5%:

i) **Cancro**: tumore maligno a crescita incontrollata con diffusione delle cellule maligne che invadono i tessuti sani, inclusa la leucemia, i linfomi maligni, i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo e i sarcomi. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico.

 Sono esclusi:

- **carcinoma/tumore in situ, displasia e tutte le forme premaligne, ad eccezione di DCIS (maschile o femminile);**
- **tumore della prostata, salvo che non sia classificato almeno nella categoria T2NOMO della classificazione TNM;**
- **ogni tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre lo strato superficiale della pelle;**
- **carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo;**
- **leucemia di grado A secondo la scala binet.**

ii) **Ictus**: morte (necrosi) del tessuto cerebrale a causa di un afflusso insufficiente di sangue o di una emorragia che causa tutte queste situazioni:

- sintomi neurologici compatibili con un ictus;
- nuovi deficit neurologici rilevabili in modo obiettivo da un esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la diagnosi di ictus;
- nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la diagnosi clinica.

 Sono esclusi:

- **attacco ischemico transitorio (TIA);**
- **lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;**
- **emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente;**
- **anomalia riscontrata nel cervello o con altre tecniche di imaging senza sintomi clinici e segni neurologici correlati.**

iii) **Chirurgia di bypass aortocoronarico**: intervento di cardiocirurgia a cuore aperto per correggere il restringimento (stenosi) o l'ostruzione di una o più arterie coronariche attraverso l'inserimento di bypass.

 Sono esclusi:

- **l'angioplastica transluminale coronarica percutanea (PTCA);**
- **tutte le altre tecniche che prevedono l'inserimento di un catetere nell'arteria o le procedure con laser.**

iv) **Trapianto d'organo principale**: iscrizione dell'Assicurato in una lista di attesa ufficiale o sottoposizione a un trapianto per ricevere uno di questi organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o midollo osseo.

 Sono esclusi:

- **il trapianto di altri organi, parti di organi, tessuti o cellule;**
- **il trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali, ad eccezione del trapianto di cellule staminali ematopoietiche preceduto dall'asportazione (ablazione) totale del midollo osseo.**

v) **Insufficienza renale**: insufficienza renale terminale all'ultimo stadio che richiede una emodialisi o una regolare dialisi peritoneale, confermata da un nefrologo. La dialisi deve essere una situazione definitiva e non intermedia dovuta ad un acuto stato di insufficienza renale incapace di recuperare la normale attività (insufficienza renale transitoria).

vi) **Infarto miocardico**: diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto, cioè morte di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad un blocco dell'afflusso di sangue. La diagnosi deve essere confermata da biomarcatori cardiaci secondo la terza versione della definizione universale di infarto miocardico globalmente accettata, oltre a soddisfare almeno uno di questi parametri:

- segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, insieme a un sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

Sono escluse altre sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

La diagnosi di Malattia Grave deve essere provata con un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che citi l'insorgenza della Malattia Grave e le sue specifiche caratteristiche.

## Art. 2. Chi si può assicurare?

---

L'Assicurazione copre l'Assicurato:

- con età tra 18 e 65 anni al momento della firma;
- che soddisfa i requisiti assuntivi stabiliti dalla Compagnia e indicati negli Artt. 3 e 4.

 Non possono in ogni caso essere assicurate le persone che, al momento della firma della Proposta di Polizza:

- lavorano in miniera e sono direttamente coinvolte attività di estrazione o di costruzione o esplorazione sottoterra;
- lavorano in qualsiasi piattaforma marittima (off-shore), sottomarino o nave e sono direttamente coinvolte in attività di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- lavorano in siti industriali e sono direttamente coinvolte nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;
- sono a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi.

Se l'Assicurato entra a far parte di una di queste categorie professionali durante l'Anno Assicurativo, deve avvisare immediatamente la Compagnia del conseguente aggravamento del rischio.

## Art. 3. A quali condizioni opera la Garanzia Assicurativa?

---

### 3.1 - Condizioni al momento della sottoscrizione

Oltre a quanto previsto dall'Art. 2, possono sottoscrivere l'Assicurazione solo il Contraente e l'Assicurato che soddisfano tutti questi requisiti:

- il Contraente ha residenza/domicilio (persona fisica) o sede legale (persona giuridica) in Italia;
- l'Assicurato ha residenza/domicilio in Italia;
- il Contraente, il suo Titolare Effettivo (ove presente) e l'Assicurato non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > [www.treasury.gov](http://www.treasury.gov));
- il Titolare Effettivo non è residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU dall'Unione e dagli Stati Uniti d'America.

### 3.2 - Condizioni in corso di Assicurazione

Dopo la stipulazione, l'Assicurazione opera solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente/Assicurato mantiene il proprio domicilio/residenza (se persona fisica) o la sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- non supera i 71 anni;
- lo Stato in cui il Contraente, al momento della conclusione dell'Assicurazione, aveva sede, continua a non essere sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, oppure lo Stato in cui il Contraente trasferisce la sede dopo la conclusione dell'Assicurazione non è sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

Pertanto, l'Assicurato, il Contraente e il Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni lavorativi con le modalità indicate al successivo Art. 17, la perdita di uno o più requisiti.

Se la comunicazione è fatta in ritardo, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi di gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della perdita del requisito.

La Garanzia Assicurativa finisce dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio pagata e non goduta al netto delle imposte e delle spese amministrative, come indicato al successivo Art. 14.



 Ricorda quindi che la Garanzia Assicurativa non opera per i Sinistri successi dopo:

- il trasferimento della sede legale o della residenza del Contraente, o del domicilio dell'Assicurato, fuori dall'Italia;
- il trasferimento della residenza in, o l'acquisizione della cittadinanza di, Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America da parte del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato;
- l'applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza, sede o cittadinanza originaria del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato.

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

La Compagnia nell'ambito dell'assolvimento dei propri obblighi in materia di antiriciclaggio e di antiterrorismo, si riserva la facoltà di acquisire ulteriori informazioni o documentazione integrativa, anche nel corso del rapporto, al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie internazionali ed embarghi disposti dal Comitato di Sicurezza Finanziaria, dall'Unione Europea, dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite e dalle Autorità statunitensi, ivi incluse le regole che impongono limiti alla Compagnia, comprendenti il blocco di alcune operatività in Paesi Major Sanctioned Countries & Region come, di volta in volta, segnalati (tra questi ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli, Repubbliche Popolari di Donetsk e Luhansk);
- non concludere il contratto assicurativo, risolverlo e/o non eseguire le prestazioni contrattuali, in tutte le situazioni previste dalla legge o dai regolamenti comunitari o internazionali ovvero in quelle ritenute particolarmente rischiose dalle Autorità, anche europee, che vigilano il settore assicurativo e finanziario (ad es. EIOPA-EBA-ESMA).

La mancata, o anche incompleta, trasmissione dei dati o dei documenti richiesti dalla Compagnia sul Contraente, sull'Assicurato, sul Beneficiario o la mancata comunicazione che gli stessi abbiano, in modo diretto o indiretto, rapporti economici o commerciali, di importo significativo o continuati nel tempo, con persone o società o altre entità che siano residenti, domiciliate o costituite in Paesi MSC & Region o sottoposte a misure restrittive dell'operatività internazionale, oppure con società/entità da essi controllate o partecipate, potrà comportare l'obbligo per la Compagnia di astenersi dal compimento dell'operazione richiesta, come previsto dalla normativa vigente.

#### Art. 4. Come sottoscrivere l'Assicurazione?

---

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione firmando l'apposita Proposta di Polizza con le seguenti modalità:

- recandosi presso la filiale della Banca attraverso sottoscrizione con Firma Elettronica Avanzata (FEA) o firma olografa;
- alla presenza di incaricati della Banca iscritti alla Sez. E del RUI, sottoscrivendo la Proposta di Polizza mediante firma elettronica avanzata (FEA) tramite PIN e OTP;
- a distanza, seguendo le indicazioni telefoniche e prestando il proprio consenso nella propria area riservata BNL attraverso sottoscrizione con Firma Digitale tramite PIN e OTP.

Inoltre, l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario di selezione medica della Compagnia:

1. rispondendo negativamente a tutte le domande dalla n. 3. alla n. 8; e
2. indicando una differenza tra l'altezza in centimetri (cm) e il peso in chilogrammi (kg) dell'Assicurato compresa tra 80 e 120.

Dopo aver firmato la Proposta di Polizza, che ha una validità massima pari a 15 giorni, l'Assicurazione è conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'avvenuta accettazione da parte della Compagnia tramite Lettera di Conferma.

Fino a quel momento, la Proposta di Polizza può essere revocata dal Contraente, con comunicazione scritta, anche mediante utilizzo del modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stata firmata. In questo caso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricezione della revoca, le somme eventualmente versate.

## Art. 5. Quali sono le prestazioni?

In caso di diagnosi di una Malattia Grave, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo pari alla Somma Assicurata scelta dal Contraente ed indicata nella Proposta di Polizza che varia da un minimo di 30.000 Euro ad un massimo di 150.000 Euro.

 Tuttavia, se è stata diagnosticata la DCIS (maschile o femminile) prima del pagamento dell'intera Somma Assicurata per un'altra Malattia Grave e non risulta essere necessaria una asportazione chirurgica completa di entrambe le mammelle (cd. mastectomia totale bilaterale), la Compagnia paga un Indennizzo pari al 10% della Somma Assicurata fino a un massimo di Euro 5.000,00, fermo il perdurare dell'Assicurazione.

## Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalla Garanzia Assicurativa?

 L'Assicurazione non copre le Malattie Gravi - con conseguente Invalidità Permanente da Malattia superiore al 5% - causate, direttamente o indirettamente, da:

- attività volontaria (dolosa) del Contraente o dell'Assicurato;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti volontari (dolosi);
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- attività sportive e/o professionali dell'Assicurato. In particolare, sono esclusi pugilato e arti marziali svolti professionalmente, speleologia, alpinismo oltre i 4000 metri, sci d'acqua, gare di motonautica, immersioni subacquee a profondità superiori ai 40 metri, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare, le attività professionali con esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- abuso di alcool o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- danni alla persona autoprocurati dall'Assicurato, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo; con ciò si intende che l'Indennizzo non viene pagato se è provato che l'Assicurato volontariamente non abbia consultato medici o non abbia seguito le indicazioni mediche per migliorare il proprio stato di salute;
- malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di Infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette, successi prima di firmare la Proposta di Polizza, conosciuti dall'Assicurato e non dichiarati;
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili, se la Malattia Grave si verifica entro 5 anni dalla data di emissione del documento che prova l'Assicurazione (cd. polizza), tranne se l'Assicurato disponga di un test HIV con esito negativo fatto nei 3 mesi precedenti la firma della Proposta di Polizza.

## Art. 7. Quanto dura la Garanzia Assicurativa?

### 7.1 Quando inizia e quanto dura?

 La Garanzia Assicurativa inizia dalle ore 24 del giorno indicato nella Lettera di Conferma e dura 1 anno. La Garanzia Assicurativa è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 giorni. In caso di Sinistro durante la Carenza, la Garanzia Assicurativa non opera e la Compagnia non è tenuta a pagare alcun Indennizzo.

### 7.2 Quando si rinnova?

Alla scadenza dell'Anno Assicurativo, l'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno per un massimo di 19 rinnovi, se il Contraente/Assicurato o la Compagnia non hanno richiesto una disdetta scritta.

La disdetta può essere richiesta nei seguenti casi, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo:

- dal Contraente/Assicurato con email, lettera raccomandata A/R o fax all'indirizzo della Compagnia indicato al successivo Art. 17, oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario); oppure
- dalla Compagnia con lettera raccomandata A/R all'indirizzo del Contraente/Assicurato indicato nella Proposta di Polizza (o modificato successivamente).

### 7.3 Quando cessa la Garanzia Assicurativa?

 La Garanzia Assicurativa cessa in ogni caso, senza possibilità di rinnovo:

Evento	Data di cessazione
Chiusura del conto corrente del Contraente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (tranne in caso di modifica o contemporanea apertura di altro conto presso BNL)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fine dell'Anno Assicurativo, se il Contraente ha scelto il pagamento del Premio annuale con unico versamento anticipato; oppure</li><li>• Data della prima scadenza mensile successiva a quella in cui è stata addebitata l'ultima rata di Premio mensile, se il Contraente ha scelto il pagamento del Premio con frazionamento mensile</li></ul>
Recesso dall'Assicurazione	Secondo quanto previsto dall'Art.13
Decesso dell'Assicurato	Data del decesso
Diagnosi di una Malattia Grave tra quelle indicate all'Art. 1 che comportino un'Invalidità Permanente superiore al 5% (tranne in caso di DCIS senza necessità di asportare chirurgicamente in modo completo entrambe le mammelle, cd. mastectomia totale bilaterale)	Data della diagnosi
Compimento da parte dell'Assicurato di 71 anni	Fine dell'Anno Assicurativo in cui l'età è stata raggiunta
19° rinnovo dell'Assicurazione	Termine dell'Anno Assicurativo successivo al 19° rinnovo
Perdita da parte dell'Assicurato/Contraente del domicilio o residenza in Italia	Data del trasferimento del domicilio o residenza
Perdita da parte del Contraente (persona giuridica) della sede legale in Italia oppure trasferimento della sede legale in uno degli Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America	Data di trasferimento dalla sede
Acquisto da parte del Contraente, Titolare Effettivo (ove presente) o Assicurato della residenza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America	Data di acquisizione della residenza
Applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato	Data di applicazione della sanzione finanziaria/embargo
Applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria del Contraente (persona giuridica)	Data di applicazione della sanzione finanziaria/embargo

#### Art. 8. Chi è il beneficiario della Garanzia Assicurativa?

Il Beneficiario della Garanzia Assicurativa è l'Assicurato.

 Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o i 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. 9. Quali sono i Massimali?

In caso di Sinistro, l'Indennizzo pagato dalla Compagnia non può mai essere superiore a 150.000,00 Euro.

## Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?

Il Premio è annuo e dipende:

- dall'età dell'Assicurato;
- dalla Somma Assicurata scelta dal Contraente; e
- se l'Assicurato ha dichiarato di essere Fumatore o non Fumatore alla firma della Proposta di Polizza.

**Pertanto, ad ogni rinnovo annuale, il Premio viene adeguato sulla base dei tassi percentuali di variazione indicati nell'Allegato 1, relativi all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di rinnovo. Le imposte assicurative ai sensi di legge sono applicate al nuovo Premio annuo.**

Il Premio – sia iniziale che per ciascun rinnovo – si paga anticipatamente con addebito sul conto corrente del Contraente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL).

Alla firma della Proposta di Polizza, il Contraente può scegliere se pagare il Premio con un unico versamento o in 12 rate mensili uguali (senza interessi o supplementi). Entrambe le modalità danno luogo a regolare quietanza del pagamento del Premio. Il primo addebito, pari all'intero importo del Premio oppure alla prima rata mensile di 1/12 del Premio, avviene alla Data di Decorrenza.

**Se l'addebito dell'intero Premio o della prima rata di Premio non va a buon fine, la Garanzia Assicurativa è sospesa dalle ore 24:00 della data di tentato addebito fino alle ore 24:00 della data di effettivo pagamento. In caso di mancato pagamento dei Premi o delle rate di Premio successive alla prima, la Garanzia Assicurativa è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno di effettivo pagamento. In mancanza di pagamento, l'Assicurazione cessa automaticamente se la Compagnia, nei 6 mesi successivi alla data di scadenza del pagamento, non agisce in giudizio per ottenerlo. In questo caso, la Compagnia ha diritto a ricevere il Premio per il periodo assicurativo in corso e il rimborso delle spese.**

## Art. 11. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?

La Compagnia può modificare le Condizioni di Assicurazione e/o l'importo del Premio per giustificato motivo e, precisamente, se viene accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo dopo la valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio possono essere applicate solo rispetto agli Anni Assicurativi successivi a quello in corso.

La Compagnia comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte può recedere dall'Assicurazione, dando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della data di efficacia della modifica. In tal caso, l'Assicurazione cessa dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso e il Contraente non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi. In ogni caso, stipulando l'Assicurazione, il Contraente ha accettato che, se non comunica niente a seguito della proposta di modifica dell'importo del Premio o delle Condizioni di Assicurazione, il silenzio viene considerato come consenso alla modifica proposta.

Le eventuali modifiche delle Condizioni di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

## Art. 12. Dove vale la Garanzia Assicurativa?

La Garanzia Assicurativa vale in tutto il mondo.

## Art. 13. Si può recedere dall'Assicurazione?

### 13.1 Diritto di ripensamento del Contraente

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 60 giorni dalla Data di	Compilando l'apposito modulo presso le filiali della	La Garanzia Assicurativa cessa con effetto retroattivo dalla Data di Decorrenza e quindi si intende come non operante



COME RECEDERE



Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Decorrenza	Banca BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario) OPPURE Con lettera raccomandata A/R, fax o email agli indirizzi di cui all'Art. 17.	dall'inizio della Garanzia medesima; · il contratto cessa i propri effetti e entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso verrà restituito il Premio versato al netto delle imposte. La denuncia del sinistro prima dell'esercizio del recesso, non comporta la restituzione del Premio versato perché la denuncia del sinistro equivale a rinuncia della facoltà di recesso.

### 13.2 Recesso della Compagnia

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
In qualsiasi momento se: 1) dopo la stipulazione dell'Assicurazione, il Cliente e/o il titolare effettivo (ove presente) e/o l'Assicurato entrino a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > <a href="http://www.treasury.gov">www.treasury.gov</a> ); 2) quanto dichiarato dal Cliente al momento della stipulazione dell'Assicurazione nella Proposta di Polizza risulta essere inesatto o incompleto.	Tramite lettera raccomandata A/R o e-mail all'indirizzo indicato nella Proposta di Polizza (o modificato successivamente)	La Garanzia Assicurativa cessa alle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'informazione. Il Cliente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 14.

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)).

#### Art. 14. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

La Compagnia restituisce il Premio, in tutto o in parte, nei seguenti casi:

- **perdita di uno o più requisiti indicati all'Art. 3.2:** la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo tra il giorno di cessazione della Garanzia Assicurativa e la scadenza originaria dell'Assicurazione, al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione, come indicate nella Proposta di Polizza. Se la perdita dei requisiti non è stata comunicata, la Compagnia può applicare anche una penale pari ai costi sopportati per la gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della sua cessazione;
- **ripensamento del Contraente:** la Compagnia restituisce al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso, il Premio versato al netto della parte di Premio per la quale la Garanzia Assicurativa ha avuto effetto. La Compagnia può inoltre trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione dell'Assicurazione, come indicate nella Proposta di Polizza;
- **recesso della Compagnia dall'Assicurazione:** la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo in cui la Garanzia Assicurativa non ha avuto effetto.

#### Art. 15. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

 In caso di diagnosi di Malattia Grave, l'Assicurato deve fare gli accertamenti e i controlli medici eventualmente chiesti dalla Compagnia, darle ogni relativa informazione e inviarle la documentazione medica del caso. L'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari, devono anche consentire la visita dei medici incaricati da Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.



OBBLIGHI DA OSSERVARE

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia e a ciascuna impresa di assicurazione coinvolta la

presenza di eventuali coperture assicurative che abbiano ad oggetto i medesimi rischi coperti dalla Polizza.

In caso di Sinistro il Contraente e l'Assicurato devono comunicare queste coperture a tutte le imprese di assicurazione, indicando a ciascuna il nome delle altre.

In presenza di più imprese di assicurazione troverà applicazione il disposto di cui all'Art. 1910 c.c..

La Compagnia può riservarsi di non pagare l'Indennizzo, qualora il Contraente e l'Assicurato omettano volontariamente di effettuare tale informativa nei confronti di ciascuna impresa di assicurazione.

**Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato modifichi il suo stato tabagico rispetto a quello inizialmente dichiarato, il Contraente sarà tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne comunicazione alla Compagnia secondo le modalità previste nel successivo Art. 17. Quest'ultima provvederà ad annullare la polizza alla prima scadenza utile.**

#### **Art. 16. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?**

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dall'Assicurato in base agli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile: di conseguenza, **le dichiarazioni inesatte o incomplete possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Garanzia Assicurativa, secondo quanto previsto dall'art. 1898 del codice civile e dal precedente Art. 13.2.**

**Il Contraente e l'Assicurato devono inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio.**

#### **Art. 17. Come comunicare con la Compagnia?**

 Le comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia riguardanti materie diverse da reclami o denunce di Sinistro devono essere inviate a mezzo posta, fax o e-mail, ad uno dei seguenti recapiti:

- a mezzo posta a, Cardiff - Back Office Protezione – Post Vendita Casella postale 231 - 20123 Milano;
- a mezzo fax, al numero 02.30329809;
- tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail [servizioclienti@cardif.com](mailto:servizioclienti@cardif.com).

Alla comunicazione deve essere allegata la copia di un valido documento di identità e del codice fiscale e, in caso di invio via e-mail, anche una scansione della comunicazione debitamente firmata.

Telefonando al numero verde Servizio Clienti

**800.900.780**

**(attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00)**

si potrà anche chiedere informazioni relative alle caratteristiche dell'Assicurazione.

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

Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

#### **Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le garanzie o altri diritti derivanti dall'Assicurazione?**

No, l'Assicurato/Contraente non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Polizza. Infatti, il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, la Compagnia paga tale importo agli eredi dell'Assicurato.

#### **Art. 19. Oneri**

**Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.**



COME COMUNICARE  
CON LA  
COMPAGNIA



**CARDIF**  
GRUPPO BNP PARIBAS

[bnpparibascardif.it](http://bnpparibascardif.it)

## Art. 20. Quale legge si applica?

Alla Polizza si applica la legge italiana.

## Art. 21. Qual è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione dell'Assicurazione e/o della Garanzia Assicurativa, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente/Assicurato e/o avente diritto.

Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro; è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, senza alcuna formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi contestazione o impugnazione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Viene redatto un verbale in doppia copia, uno per ognuna delle parti, con i risultati delle decisioni arbitrali. Le parti possono comunque rivolgersi al giudice. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

## Gestione del Sinistro

### Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?

L'Assicurato acquisisce il diritto all'Indennizzo dopo 14 giorni dalla data del Sinistro, ossia dalla diagnosi di Malattia Grave, a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del 14° giorno successivo a tale data.

Verificatosi il Sinistro, **l'Assicurato deve avvisare tempestivamente la Compagnia** al seguente numero verde:

**800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77.22.4686** (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00)

Potrà comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattare la Compagnia tramite posta o email a questi recapiti:

**Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri**

**Casella postale 421**

**20123 Milano**

**email: documentisinistriprotezione@cardif.com**

**Per ottenere l'Indennizzo, l'Assicurato deve inviare alla Compagnia la seguente documentazione:**

- richiesta di pagamento, firmata dall'Assicurato o da altra persona in sua sostituzione, con comunicazione della Malattia Grave, come riportata nel referto medico, indicando la tipologia tra quelle previste nelle Condizioni di Assicurazione, la data della sua manifestazione e l'origine accidentale o patologica;
- documento che prova l'Assicurazione (cd. polizza) o dichiarazione di smarrimento dello stesso;
- fotocopia del documento di identità dell'Assicurato;
- certificato del medico curante, preferibilmente redatto sull'apposito modulo della Compagnia;
- copia autenticata della cartella clinica completa dell'Assicurato, relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, antecedente o in corso al momento della diagnosi di Malattia Grave, comprensiva degli esami specialistici e di laboratorio completi;
- ogni altro documento che la Compagnia ritenga necessario a verificare il diritto all'Indennizzo.

**Oltre a quanto già ricevuto, la Compagnia può chiedere altra documentazione sanitaria o amministrativa.**

**La Compagnia può non pagare l'Indennizzo se la documentazione medica presentata è stata prodotta in un paese al di fuori dell'Italia.**

Infine, se l'Assicurato è un soggetto interdetto, la richiesta di pagamento dell'Indennizzo deve essere firmata da chi ne esercita la potestà o dal tutore. In tal caso, prima di procedere al pagamento, la Compagnia deve ricevere il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare.

**Per accelerare la corretta valutazione del danno e la gestione del Sinistro, è necessario inoltrare tutta la documentazione obbligatoria richiesta. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può**



COME DENUNCIARE  
UN SINISTRO



essere gestita. Il Contraente/Assicurato deve consegnare alla Compagnia qualsiasi altro documento che venga richiesto e ritenuto necessario per il pagamento dell'Indennizzo.

#### Art. 23. Quando sarà pagato l'indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo avere ricevuto tutta la documentazione che è stata richiesta, comprese eventuali integrazioni.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- in Euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nello Spazio Economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dello Spazio Economico Europeo.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i 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)).

## Reclami

#### Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?

##### 24.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della Garanzia Assicurativa o sulla gestione dei sinistri), devono essere inviati via posta, telefax o E-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

**Cardif - Ufficio Reclami**

**Piazza Lina Bo Bardi, 3**

**20124 Milano**

**E-mail [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)**

**fax 02.77.224.265**

**Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia: [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it)**

La Compagnia deve rispondere entro 45 giorni da quando riceve il reclamo.

Se chi invia il reclamo non si ritiene soddisfatto della risposta ricevuta o se la Compagnia non risponde nel termine di 45 giorni, si può inviare il reclamo all'IVASS, con copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale risposta di quest'ultima, secondo le modalità previste al seguente Art. 24.3.

##### 24.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito l'Assicurazione o la violazione di norme cui è soggetto l'intermediario (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e consegnata dallo stesso intermediario al Contraente.

L'intermediario deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, quest'ultimo può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate, allegando il reclamo e l'eventuale risposta dell'intermediario.

##### 24.3 Reclami all'IVASS

I reclami che riguardano la violazione della normativa di settore devono essere inviati, 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**

In ogni caso, per la stesura del reclamo 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) - sezione dedicata ai reclami).



COME FARE UN  
RECLAMO



L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

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

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile al sito [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net) - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

## Protezione dei dati personali

### Art. 25. 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").

# Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione BNL Sostegno Futuro

## ESEMPIO 1 - TUMORE IN SITU ALLA MAMMELLA (DCIS)

Anna (assicurata con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 42 anni e le viene diagnosticato un tumore in situ al seno.

Somma Assicurata 35.000 Euro

A seguito della diagnosi di DCIS (tumore in situ alla mammella) che non comporta una mastectomia totale bilaterale, la Assicurazione BNL Sostegno Futuro prevede il pagamento del 10% della Somma Assicurata.

Essendo trascorsi più di 90 giorni dalla Decorrenza della Polizza e non essendo pertanto operante il periodo di carenza, Anna riceverà un **Indennizzo** pari a **3.500 Euro**

## ESEMPIO 2 - TRAPIANTO DI FEGATO

Giulio (assicurato con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 54 anni e, a causa dell'insorgenza di una grave compromissione delle funzionalità epatiche, necessita di un trapianto di fegato.

Somma Assicurata 100.000 Euro

A seguito dell'effettiva iscrizione di Giulio ad una lista di attesa ufficiale per il trapianto di organi, verrà erogato un Indennizzo pari all'intera Somma Assicurata.

Giulio riceverà quindi un **Indennizzo** pari a **100.000 Euro**

## ESEMPIO 3 - INFARTOMIocardico

Giovanni (assicurato con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 34 anni e viene colpito da un infarto miocardico.

Somma Assicurata 100.000 Euro

A seguito dell'infarto, Giovanni muore dopo 10 giorni dalla data della diagnosi.

Il sinistro di Giovanni non è liquidabile.

## ALLEGATO 1

La tabella riporta i tassi percentuali di variazione relativi all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di rinnovo dell'Assicurazione.

Età al rinnovo	Variazione % del premio Non Fumatore	Variazione % del premio Fumatore	Età al rinnovo	Variazione % del premio Non Fumatore	Variazione % del premio Fumatore
19	0,4394%	0,3346%	45	10,3164%	11,1949%
20	0,5235%	0,3991%	46	9,7730%	10,5152%
21	0,6371%	0,6347%	47	9,2383%	9,8550%
22	1,0610%	1,0269%	48	4,5481%	3,9201%
23	3,5448%	5,3372%	49	9,2493%	8,7022%
24	5,5210%	5,4972%	50	9,2238%	9,7645%
25	5,9828%	5,9589%	51	9,2209%	9,5726%
26	6,2317%	6,2158%	52	9,2975%	9,4331%
27	6,1661%	6,1972%	53	9,3267%	9,2514%
28	-1,1307%	-1,2964%	54	9,1739%	8,9871%
29	6,1052%	5,9052%	55	10,2647%	8,8146%
30	7,3433%	8,0082%	56	8,9633%	8,6815%
31	6,7221%	8,5928%	57	8,9319%	8,6422%
32	7,9313%	8,4310%	58	6,1429%	4,7345%
33	7,2516%	7,6349%	59	8,8859%	8,6286%
34	6,8546%	7,2244%	60	9,9830%	9,5308%
35	6,1836%	7,6916%	61	10,7563%	10,0889%
36	7,1597%	8,8257%	62	10,4639%	9,7753%
37	8,5410%	10,3531%	63	10,0552%	9,3156%
38	-0,2389%	1,5124%	64	9,9762%	9,2066%
39	10,0481%	12,0819%	65	9,6008%	8,8886%
40	10,2181%	12,4816%	66	9,4227%	8,8138%
41	10,7489%	12,4390%	67	8,9883%	8,5308%
42	11,0248%	12,5410%	68	7,9524%	7,6278%
43	10,9452%	12,2405%	69	8,3605%	8,1082%
44	10,6651%	11,7478%	70	8,3770%	8,1670%

Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della tabella di cui all'Allegato 1:

Età alla sottoscrizione: 40

Premio annuo anticipato alla sottoscrizione (imposte incluse): Euro 1.000

Età al rinnovo: 41

Percentuale di variazione per età: + 10,74%

Premio annuo anticipato al rinnovo (imposte incluse): Euro 1.000 + 10,74% = Euro 1.107,49

Età al rinnovo: 42

Percentuale di variazione per età: + 11,03%

Premio annuo anticipato al rinnovo (imposte incluse): Euro 1.107,49 + 11,03% = Euro 1.229,59

