



Polizza BNL Serenity Conti Correnti

Polizze Collettive
N. 5348/03 e N. 5256/02

Data ultimo aggiornamento: 18.12.2015

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- La Nota informativa ed il Glossario relativi alle coperture vita;
- La Nota informativa ed il Glossario relativi alle coperture danni;
- Le Condizioni di assicurazione congiunte, relative a tutte le coperture assicurative;
- Il Modulo di adesione alle coperture assicurative.

Il Fascicolo informativo deve essere consegnato al Contraente e all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



NOTA INFORMATIVA della POLIZZA COLLETTIVA n. 5348/03

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 e l'Aderente/Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Per la consultazione di ogni eventuale modifica delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivante da innovazioni normative si rimanda al sito internet www.bnpparibascardif.it

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

1. Informazioni generali

BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. (di seguito Cardif Vita S.p.A.) ha la propria sede sociale in Via Tolmezzo n. 15 20132 Milano. La polizza collettiva n. 5348/03 che prevede la copertura assicurativa per Decesso e Invalidità Permanente è stipulata con Cardif Vita S.p.A., avente sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, P.IVA, CF e numero iscrizione al reg. Imprese di Milano 11552470152, R.E.A. n° 1475525 iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00126, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

Telefono: 02.77224.1; sito internet www.bnpparibascardif.it,
PEC cardifspa@pec.cardif.it; e-mail: informazioni@cardif.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Cardif Vita S.p.A. ha un Patrimonio Netto pari a 961,220 Milioni di Euro di cui 195,210 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 766,010 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari a 1,26.

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

B - **INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto è abbinato al conto corrente.

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

In alcuni casi particolari, sono previsti termini di durata inferiori. Si rinvia all'art. 3.2 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) Prestazioni in caso di Decesso
- b) Prestazioni in caso di Invalidità Permanente

Le coperture assicurative per Decesso e Invalidità Permanente prestate in forza della presente Polizza sono offerte esclusivamente in modo congiunto alle coperture Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita d'Impiego prestate in forza della Polizza Collettiva n. 5256//02 stipulata tra la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in quanto tali polizze costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due polizze collettive.

CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.

Sede sociale: Via Tolmezzo, 15 Palazzo D - 20132 Milano. Tel. 02 77 22 41 - Fax 02 76 00 81 49 - PEC cardifspa@pec.cardif.it - www.bnpparibascardif.it
Società per azioni - Capitale sociale € 195.209.975 I.v. - P.I., C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imp. Milano 11552470152 - R.E.A. n° 1475525. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996). Iscritta all'albo imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00126.
Società unipersonale soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif



Si rinvia alle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

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

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione relative alle informazioni rese dall'Aderente/Assicurato sul suo stato di salute.

4. Premi

Il premio è ricorrente mensile e il pagamento del premio stesso avverrà con addebito sul conto corrente.

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

Il presente contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Aderente:

▪ REMUNERAZIONE DELL'INTERMEDIARIO: in media 45% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile di Euro 100,00, la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 45.

L'Assicuratore riconosce inoltre all'intermediario, tenendo i relativi importi a proprio esclusivo carico, forme di partecipazione agli utili del prodotto assicurativo.

C - INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sull'Aderente/Assicurato

5.1.1. Costi gravanti sul premio:

▪ CON RIFERIMENTO ALL'INTERO FLUSSO COMMISSIONALE E' RICONOSCIUTA IN MEDIA ALL'INTERMEDIARIO UNA QUOTA PARTE PARI A: 45% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile di Euro 100,00 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 45,00.

L'Assicuratore riconosce inoltre all'intermediario, tenendo i relativi importi a proprio esclusivo carico, forme di partecipazione agli utili del prodotto assicurativo.

6. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

7. Regime fiscale

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

- la totale esenzione da imposte sui premi versati;
- una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei premi versati entro i limiti della normativa vigente. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Aderente/Assicurato.
- la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari, in caso di Decesso o Invalidità Permanente.



D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e la decorrenza delle coperture assicurative sono indicate all'art. 2 e 3 delle condizioni contrattuali.

9. Riscatto e riduzione

Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della Polizza.

10. Diritto di recesso

L'Aderente/Assicurato può recedere dalle Polizze entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione all'Assicuratore, per il tramite della Contraente, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a quest'ultima ovvero mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Aderente, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

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

L'esercizio del diritto di recesso dalla presente Polizza implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n. 5256/02 costituendo tali polizze un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

11. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

Per la verifica della documentazione da presentare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni, si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

12. Legge Applicabile

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

14. Reclami

Reclami all'impresa



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

- BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità sottoelencate previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'IVASS

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

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

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

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

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

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

15. Comunicazioni tra l'Aderente/Assicurato e la Compagnia

Le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif –Customer Care– Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261, o chiamando il Servizio Clienti al n° 800.070.988. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato ovvero, qualora quest'ultimo ne abbia concesso apposita autorizzazione, presso l'indirizzo e-mail dallo stesso indicato.

16. Conflitti d'interesse

La Compagnia vigila per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse. Nell'ambito delle operazioni in conflitto d'interesse, ha rilievo l'assegnazione di un mandato distributivo a favore della Banca Nazionale del Lavoro, Società del Gruppo del quale è parte anche la Compagnia. In ogni caso, la Compagnia, pur in presenza del conflitto d'interessi, opera in modo da non recare pregiudizio agli Aderenti e si impegna ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.



CARDIF VITA S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

Cardif Vita S.p.A.
Il Rappresentante Legale

Isabella Fumagalli



GLOSSARIO VITA

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Assicurato	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal contratto.
Condizioni generali di assicurazione	Insieme delle clausole che disciplinano in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, eventualmente in forma di polizza collettiva.
Contratto di assicurazione	Contratto attraverso il quale l'assicurato trasferisce all'assicuratore un rischio al quale egli è esposto.
Costi di emissione	Oneri generalmente costituiti da importi fissi per l'emissione del contratto assicurativo.
Decorrenza della garanzia	Momento nel quale le garanzie assicurative cominciano ad avere effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale del premio	Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del premio versato per il contratto di assicurazione.
Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni della copertura assicurativa, elencati nelle condizioni generali di assicurazione.
Fascicolo informativo	Documento previsto dal Regolamento ISVAP 35/2010 da consegnare al contraente o all'aderente/assicurato prima della sottoscrizione del contratto, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione e, eventualmente, il modulo di adesione.
Franchigia	Clausola contrattuale che limita sul piano quantitativo la garanzia prestata dall'assicuratore, sulla base della quale una parte del danno rimane a carico dell'assicurato.
Indennizzo, indennità o prestazione	Somma dovuta dall'assicuratore in caso di sinistro.
Intermediario di assicurazione	Persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.
Liquidazione	Pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Massimale	Limite dell'esposizione finanziaria dell'assicuratore al di là del quale le conseguenze economiche del sinistro restano a carico dell'assicurato.
Polizza	Documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza collettiva	Contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.
Polizza di assicurazione sulla vita	Contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a pagare al beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere



varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio	Somma dovuta all'assicuratore come corrispettivo per l'assunzione dei rischi previsti dal contratto.
Premio unico	Premio corrisposto in un'unica soluzione all'assicuratore al momento della conclusione del contratto.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Questionario sanitario (o anamnestico)	Documento che l'assicurato deve compilare, ove richiesto dall'assicuratore, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno dell'assicuratore di erogare la prestazione assicurata.
Cessazione della garanzia	Momento nel quale le garanzie assicurative cessano di avere effetto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'assicurato.



NOTA INFORMATIVA POLIZZA COLLETTIVA n. 5256/02

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 e l'Aderente/l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione della polizza.

Per la consultazione di ogni eventuale modifica delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivante da innovazioni normative si rimanda al sito www.bnpparibascardif.it

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

1. Informazioni Generali

Cardif Assurances Risques Divers ha la propria sede sociale in boulevard Haussmann, 1, Parigi (Francia). La polizza collettiva n. 5256/02 che prevede la copertura assicurativa per Inabilità Totale e Temporanea, Malattia Grave e Perdita d'Impiego è stipulata con la Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers., avente sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, P. IVA. , C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500153, R.E.A. n°1254536 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif, operante in Italia in regime di stabilimento e soggetta alla vigilanza di ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Telefono: 02.77224.1 sito internet: www.bnpparibascardif.it;
PEC cardifrd@pec.cardif.it; e-mail: informazioni@cardif.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Cardif Assurances Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 285,633 Milioni di Euro di cui 16,876 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 268,757 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 non prevede il tacito rinnovo.

Il contratto è abbinato al Conto corrente.

Le coperture assicurative prestate in forza della presente Polizza sono offerte esclusivamente in modo congiunto alle coperture Decesso e Inabilità Permanente prestate in forza della Polizza Collettiva n. 5348/03 stipulata tra la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A., in quanto tali polizze costituiscono un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due polizze collettive.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

3.1 La Polizza offre le seguenti coperture assicurative:

a) copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro che si verifichi quando l'Assicurato esercita effettivamente una attività lavorativa regolare. L'assicuratore, corrisponde un'Indennità pari al 7% del Saldo Liquido del Conto Corrente



al momento del Sinistro. Successivamente, dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità, l'Assicuratore liquiderà un'ulteriore indennità di pari importo.

Avvertenze:

Alla copertura si applica un Periodo di carenza.

Alla copertura assicurativa si applica un Periodo di franchigia.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

b) copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

Il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave quando presenti le caratteristiche dettagliate nell'art. 5 delle Condizioni di assicurazione. L'Assicuratore liquida una prestazione pari al Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro.

Avvertenze:

Alla copertura si applica un Periodo di carenza.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione

c) copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

Il rischio assicurato è la perdita d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo". L'Assicuratore corrisponde, un'Indennità pari al 7% del Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro. Successivamente, dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di disoccupazione, l'Assicuratore liquiderà un'ulteriore indennità di pari importo.

Avvertenze:

Alla copertura si applica un Periodo di carenza.

Alla copertura assicurativa si applica un Periodo di franchigia.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

3.2 Avvertenze relative a tutte le coperture:

Per tutte le coperture indicate è previsto un limite massimo di età assicurabile, indicato nell'art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

Tutte le coperture indicate non operano in presenza delle cause di esclusione elencate nell'art. 6 delle Condizioni di assicurazione.

Per tutte le coperture indicate è prevista l'applicazione di un massimale indicato nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

Esemplificazioni:

Il Periodo di franchigia è un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle condizioni di assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un periodo di franchigia di 30 (trenta) giorni, la Prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della copertura.

La Carenza è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione, durante il quale l'efficacia della copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una carenza di 60 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.



Il Massimale è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Massimale pari a Euro 1.000,00 e il Saldo Liquido del Conto Corrente ammonti a Euro 1.500,00, l'Assicuratore corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 1.000,00.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

In sede di conclusione del contratto, l'Assicurato deve fornire all'Assicuratore dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa. Si rinvia all'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle conseguenze.

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Aderente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze, contenute nel Modulo di adesione, relative alle informazioni rese dall'Aderente/Assicurato sul suo stato di salute.

5. Premi

Il premio è ricorrente mensile.

Il pagamento del Premio avverrà con addebito su conto corrente con periodicità mensile.

Il presente contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Aderente:

- REMUNERAZIONE DELL'INTERMEDIARIO: in media 45% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile pari ad Euro 100,00 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 45,00.

L'Assicuratore riconosce inoltre all'intermediario, tenendo i relativi importi a proprio esclusivo carico, forme di partecipazione agli utili del prodotto assicurativo.

L'Assicuratore si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo qualora, valutando i dati statistici di riferimento, venga accertato un andamento tecnico negativo della Polizza. Le variazioni di premio verranno applicate al momento del rinnovo della copertura

L'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio di tale diritto.

6. Diritto di recesso

L'Aderente/Assicurato può recedere dalle Polizze entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione all'Assicuratore per il tramite della Contraente a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a quest'ultima ovvero mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

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

L'esercizio del diritto di recesso dalla presente Polizza implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n. 5348/03 costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.

7. 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.

8. 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.



9. 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 nella misura: del 2,50% del relativo Premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif –Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224.261.

L'Aderente/Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800.070.988

Gli artt. 11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione riportano le indicazioni di dettaglio relative alla procedura liquidativa.

11. Reclami

Reclami all'impresa

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

- Cardif Assurances Risques Divers– Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com.

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità sottoelencate previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'IVASS

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

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

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

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

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

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

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>.



CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

Cardif Assurances Risques Divers
Il Rappresentante Generale per l'Italia

Isabella Fumagalli

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fumagalli', written in a cursive style.



GLOSSARIO DANNI

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Assicurato	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal contratto.
Carenza	Periodo di tempo che intercorre tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Condizioni generali di assicurazione	Insieme delle clausole che disciplinano in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, eventualmente in forma di polizza collettiva.
Contratto di assicurazione	Contratto attraverso il quale l'assicurato trasferisce all'assicuratore un rischio al quale egli è esposto.
Costi di emissione	Oneri generalmente costituiti da importi fissi per l'emissione del contratto assicurativo.
Decorrenza della garanzia	Momento nel quale le garanzie assicurative cominciano ad avere effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale del premio	Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del premio versato per il contratto di assicurazione.
Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni della copertura assicurativa, elencati nelle condizioni generali di assicurazione.
Fascicolo informativo	Documento previsto dal Regolamento ISVAP 35/2010 da consegnare al contraente o all'aderente/assicurato prima della sottoscrizione del contratto, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione e, eventualmente, il modulo di adesione.
Franchigia	Clausola contrattuale che limita sul piano quantitativo la garanzia prestata dall'assicuratore, sulla base della quale una parte del danno rimane a carico dell'assicurato.
Indennizzo, indennità o prestazione	Somma dovuta dall'assicuratore in caso di sinistro.
Intermediario di assicurazione	Persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.
Liquidazione	Pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Massimale	Limite dell'esposizione finanziaria dell'assicuratore al di là del quale le conseguenze economiche del sinistro restano a carico dell'assicurato.
Polizza	Documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di



	assicurazione.
Polizza collettiva	Contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.
Polizza di assicurazione danni	Contratto con il quale l'assicurato viene garantito contro i rischi ai quali sono esposti singoli beni del suo patrimonio, il patrimonio nel suo complesso, la sua disponibilità economica o la sua stessa persona.
Premio	Somma dovuta all'assicuratore come corrispettivo per l'assunzione dei rischi previsti dal contratto.
Premio unico	Premio corrisposto in un'unica soluzione all'assicuratore al momento della conclusione del contratto.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Questionario sanitario (o anamnestico)	Documento che l'assicurato deve compilare, ove richiesto dall'assicuratore, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Cessazione della garanzia	Momento nel quale le garanzie assicurative cessano di avere effetto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio l'inabilità dell'assicurato conseguente ad infortunio.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZE COLLETTIVE n. 5348/03 e n. 5256/02

DEFINIZIONI

Aderente /Assicurato: la persona fisica, titolare di un Conto Corrente presso la Contraente, che ha aderito alle Polizze.
Assicuratore/i – Compagnia/e: per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente, relative alla Polizza n. 5348/03, BNP PARIBAS CARDIF VITA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE S.P.A. (di seguito Cardif Vita S.p.A.), con sede legale al n. 15 di Via Tolmezzo - 20132 Milano, PEC cardifspa@pec.cardif.it, capitale sociale di Euro 195.209.975,00, P. IVA, C.F e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 11552470152, R.E.A. n°1475525 iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00126, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Malattia Grave, relative alla Polizza n. 5256/02, CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo - 20132 Milano, PEC cardifrd@pec.cardif.it, Capitale Sociale di Euro 16.875.840,00, P. IVA, C.F e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500153, R.E.A. n°1254536 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00011, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

Attività Sportiva Professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., che stipula le Polizze per conto dei propri clienti, che siano titolari di conto corrente.

Data di Decorrenza: giorno del primo addebito del premio in conto corrente.

Decesso: la morte dell'Assicurato.

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

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato dalle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica



o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave: una delle seguenti malattie, aventi le caratteristiche specificate nelle condizioni di assicurazione: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Modulo di Adesione: il documento predisposto dalle Compagnie contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Aderente/Assicurato.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati Non Lavoratori, i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Pacchetto Assicurativo: l'insieme delle Polizze Collettive n. 5348/03 e n. 5256/02.

Parti: Aderente/Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Perdita d'Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Polizze: le Polizze Collettive n. 5348/03 e n. 5256/02 stipulate fra Contraente ed Assicuratore.

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

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

Saldo Liquido del conto corrente: la differenza tra l'importo complessivo degli accrediti e quello degli addebiti con data valuta precedente o uguale a quella del giorno di rilevazione del saldo. Il saldo liquido non tiene conto della data contabile con la quale sono stati acquisiti i movimenti che concorrono alla formazione del saldo. Se "debitore", l'importo del saldo rappresenta un debito del correntista nei confronti della Contraente; se "creditore" il relativo importo rappresenta un credito del correntista nei confronti della Contraente.

Saldo Medio Liquido Mensile del conto corrente: somma dei valori assoluti dei saldi liquidi giornalieri del conto corrente divisa per il numero dei giorni del mese solare di riferimento. Il saldo liquido relativo al mese in cui viene aperto un nuovo conto corrente viene determinato considerando i giorni di calendario che intercorrono tra la data di apertura del conto corrente e la fine del mese. Il saldo medio liquido mensile viene determinato l'ultimo giorno lavorativo del mese.

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

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'art. 5, le seguenti garanzie:

- Copertura per Decesso;
- Copertura per Invalidità Permanente.

L'Assicuratore riconosce altresì agli Assicurati, alle condizioni di cui all'art. 5, in funzione del loro stato lavorativo al momento del Sinistro, una delle seguenti garanzie:

- Copertura per Inabilità Temporanea Totale, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici; oppure



- Copertura per Perdita d'Impiego, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati; oppure
- Copertura per Malattia Grave, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.

Infatti, come meglio indicato nella tabella che segue, le garanzie diverse dal Decesso e dall'Invalidità Permanente sono attivate alternativamente in base allo stato lavorativo dell'Assicurato al momento del Sinistro.

GARANZIE	LAVORATORI AUTONOMI	LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	NON LAVORATORI
Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia	SI	SI	NO	NO
Perdita d'impiego	NO	NO	SI	NO
Malattia Grave	NO	NO	NO	SI

Le Polizze, che insieme costituiscono il Pacchetto Assicurativo sono offerte solo congiuntamente. I clienti della Contraente potranno aderire al Pacchetto Assicurativo mediante un unico atto di adesione.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica, di età al momento dell'adesione, non superiore ai 65 anni, titolare o cointestatario di un Conto Corrente presso la Contraente la cui scadenza è anteriore al compimento del 66° anno di età dello stesso soggetto titolare o cointestatario di Conto Corrente. L'assicurato deve poter rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia e, qualora sia un lavoratore dipendente del settore privato, non deve aver ricevuto da parte del medesimo datore nei 12 mesi prima dell'adesione un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale viene individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

Si aderisce al Pacchetto Assicurativo sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

Per uno stesso conto corrente è possibile assicurare fino ad un massimo di tre persone, ciascuna a seguito di propria e separata adesione alla copertura.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 della Data di Decorrenza.

Art. 3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- alla fine del mese di compimento del 66° anno di età dell'Assicurato;
- alla fine del mese successivo alla cessazione della Polizza Collettiva;
- dopo sessanta giorni dal mancato versamento del Premio;
- in caso di cessazione del rapporto di Conto Corrente, alla stessa data di chiusura;
- in caso di liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente prestate da Cardif Vita S.p.A. in forza della Polizza n. 5348/03 nonché in caso di liquidazione della Prestazione di cui alla garanzia Malattia Grave prestata da Cardif Assurances Risques Divers in forza della Polizza n. 5256/02;
- in caso di recesso dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 4.2, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese solare in cui è stato comunicato.

Salvo il caso di chiusura del Conto Corrente e di cessazione della Polizza Collettiva, il verificarsi di una delle previsioni di



cui sopra non implica la cessazione delle coperture assicurative sottoscritte, in relazione al medesimo Conto Corrente, dagli altri contestatari dello stesso.

Art. 4 Diritto di recesso

4.1 L'Aderente/Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione ad uno degli Assicuratori per il tramite della Contraente, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a quest'ultima ovvero mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata (farà fede il relativo timbro postale) ovvero della data di compilazione dell'apposito modulo e la restituzione all'Aderente del Premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine di 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Il recesso è esercitabile unicamente con riferimento ad entrambe le Polizze.

4.2 Oltre a quanto previsto dall'Art. 4.1, l'Aderente/Assicurato potrà in ogni caso recedere dalla copertura per il tramite della Contraente, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a quest'ultima ovvero mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24.00 del 1° giorno del mese successivo a quello in cui è stato comunicato, con cessazione degli addebiti di Premio per i mesi seguenti.

Il recesso è esercitabile unicamente con riferimento ad entrambe le Polizze.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Le coperture assicurative vengono prestate alle condizioni specificate ai seguenti punti A, B, C, D e E:

A Copertura assicurativa per Decesso

(I) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(II) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 6, il rischio coperto è il Decesso, qualunque possa esserne la causa.

(III) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 10, l'Assicuratore liquida una prestazione pari al Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro. Tale importo non potrà comunque essere superiore al valore assoluto risultante dalla Media dei Saldi Medi Liquidi Mensili dei tre mesi precedenti. In ogni caso la prestazione minima riconosciuta dall'Assicuratore sarà pari a Euro 200,00.

B Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente

(I) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(II) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 6, il rischio coperto è l'Invalidità Permanente non inferiore al 60% conseguente a Infortunio o Malattia, verificatasi dopo la Data di Decorrenza; eventuali stati di invalidità pregressa all'adesione alla Polizza non saranno computati ai fini della valutazione dell'invalidità.

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

(III) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 10, l'Assicuratore, liquida una prestazione, pari al Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro, al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza. Tale importo non potrà comunque essere superiore al valore assoluto risultante dalla Media dei



Saldi Medi Liquidi Mensili dei tre mesi precedenti.

In ogni caso la prestazione minima riconosciuta dall'Assicuratore sarà pari a Euro 200,00.

Come data del Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento; in caso di Malattia, la data relativa alla stabilizzazione del quadro clinico come indicata sulla relazione medico legale, oppure in mancanza la data di presentazione della domanda all'Ente pubblico preposto (ASL, INPS, INAIL).

C Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale

(I) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici.

(II) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.

(III) Periodo di carenza

Per i sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(IV) Periodo di franchigia

La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

(V) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 10, l'Assicuratore, perdurando l'inabilità al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari al 7% del Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro. Successivamente, dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità, l'Assicuratore liquiderà un' ulteriore indennità di pari importo.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora, il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

D Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

(I) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.

(II) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave, caratterizzata come segue:

- ICTUS
Qualsiasi accidente cerebrovascolare, emorragico o ischemico, che produca un deficit neurologico permanente;
- CANCRO
Tumore maligno caratterizzato dalla crescita di cellule maligne e invasione dei tessuti. Restano esclusi i carcinomi in situ, la leucemia linfocitica cronica, nonché i tumori in presenza di virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno.
- ATTACCO CARDIACO
Necrosi di una parte del muscolo cardiaco accompagnato da tutti e tre i seguenti fattori:
 - anamnesi di precordialgia tipica
 - nuove alterazioni elettrocardiografiche
 - aumento degli enzimi cardiaci
- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO
Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.
- INSUFFICIENZA RENALE
Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa e sopravvenuta successivamente all'adesione alla copertura che imponga dialisi peritoneale o emodialisi;
- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI



L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

(III) Carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(IV) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 10, l'Assicuratore liquida una prestazione pari al Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro. Tale importo non potrà comunque essere superiore al valore assoluto risultante dalla Media dei Saldi Medi Liquidi Mensili dei tre mesi precedenti.

In ogni caso la prestazione minima riconosciuta dall'Assicuratore sarà pari a Euro 200,00.

Come data del Sinistro si intende la data di prima diagnosi.

L'Assicuratore effettuerà la liquidazione della Prestazione solo al termine del periodo di sopravvivenza, che è pari a 2 mesi dalla data di diagnosi della Malattia Grave.

E Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

(I) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati, che al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e risultino assunti da almeno sei mesi.

(II) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(III) Periodo di Franchigia

La garanzia è sottoposta ad un periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni.

Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

(IV) Periodo di carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(V) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 10, l'Assicuratore, perdurando lo stato di disoccupazione al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari al 7% del Saldo Liquido del Conto Corrente al momento del Sinistro. Successivamente, dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di disoccupazione, l'Assicuratore liquiderà un'ulteriore indennità di pari importo.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente all'Assicuratore e l'indennizzo, in ogni caso, non sarà più dovuto.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo.

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Aderente, dell'Assicurato, ovvero del Beneficiario;
- b) sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi 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;
- c) sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato entro i primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; gli atti autolesivi; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- d) sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;



- f) infortuni già verificatisi o malattie già in essere alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
 - g) sinistri 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;
 - h) sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
 - i) sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
 - j) infezioni da HIV ovvero patologie ad essa correlate.
- La garanzia Inabilità Temporanea Totale è inoltre esclusa in caso di:
- k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

Oltre che nei casi generali sub lettere da a) a k) la copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- l) licenziamenti di assicurati presso il medesimo datore di lavoro dal quale avevano ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- m) licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- n) dimissioni;
- o) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- p) licenziamenti da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore etc.);
- q) cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente;
- r) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- s) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- t) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- u) messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- v) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- w) licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- x) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alle garanzie Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Perdita d'Impiego è l'Aderente.

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alla garanzia Decesso è ogni soggetto che, al momento del decesso dell'Aderente, risulti essere nell'ordine:

- coobbligato, con l'Aderente, in relazione al contratto di conto corrente in qualità di fideiussore o, comunque, di garante a qualunque titolo dell'Aderente medesimo; ovvero, in mancanza di coobbligati;
- cointestatario, insieme con l'Aderente, del contratto di conto corrente, ovvero in mancanza di cointestatari;
- coniuge dell'Aderente non legalmente separato; ovvero in mancanza di coniuge,
- erede testamentario dell'Aderente; ovvero, in mancanza di eredi testamentari,
- erede legittimo dell'Aderente.

L'Aderente rinuncia espressamente nei confronti dell'Assicuratore ad ogni facoltà di revoca della predetta designazione.



Art. 8 Premi dell'assicurazione

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento all'Assicuratore, con addebito in conto corrente per il tramite della Contraente, di premi ricorrenti mensili.

Nel caso in cui l'adesione alla Polizza avvenga entro il giorno 15 del mese, il primo addebito del Premio avverrà il 1° giorno del mese successivo a quello di adesione; nel caso di adesione successiva al giorno 15 del mese, il primo addebito del Premio avverrà il 1° giorno del secondo mese successivo a quello di adesione.

Gli addebiti successivi avverranno il 1° giorno di ogni mese.

Il Premio complessivo è determinato moltiplicando il valore assoluto risultante dal Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente all'addebito (con un limite massimo di € 5.000,00 in caso di Saldo Medio Liquido Mensile creditore e di € 50.000,00 in caso di Saldo Medio Liquido Mensile debitore) per il Tasso di Premio Lordo complessivo indicato nella tabella seguente:

	GARANZIE	DURATA	FORMULA DI CALCOLO		
<i>PARTE VITA</i>	Decesso e Invalità Permanente	Durata del conto corrente	0,11% * Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente l'addebito	TOTALE PREMIO PARTE VITA	TOTALE PREMIO
<i>PARTE DANNI</i>	Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'impiego e Malattia Grave	Durata del conto corrente	0,03% * Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente l'addebito	TOTALE PREMIO PARTE DANNI	

Per esempio:

se il valore assoluto risultante dal Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente all'addebito ammonta ad Euro 1000,00 il premio totale per la PARTE VITA è pari a Euro 1,10 (1000,00*0,11%) e per la PARTE DANNI è pari Euro 0,30 (1000,00*0,03%) e così per un ammontare totale di Euro 1,40.

Il tasso di Premio relativo alle garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Malattia Grave è comprensivo dell'imposta di assicurazione attualmente pari al 2,5%.

Art. 9 Clausola di revisione del premio

La Compagnia si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo. La Compagnia comunicherà all'Assicurato la variazione del premio con preavviso di 60 giorni rispetto all'applicazione della variazione.

L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dal contratto ai sensi dell'art. 4.2.

Art. 10 Massimali

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è:

- per le garanzie Decesso, Invalità Permanente e Malattia Grave: Euro 5.000,00 in caso di Saldo Liquido "creditore" del Conto Corrente; Euro 50.000,00 in caso di Saldo Liquido "debitore" del Conto Corrente;
- per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego: Euro 300,00, per ciascuna Indennità, in caso di Saldo Liquido "creditore" del Conto Corrente; Euro 2.000,00, per ciascuna Indennità, in caso di Saldo Liquido "debitore" del Conto Corrente;

La prestazione è limitata inoltre ad un massimo di 6 Indennità per sinistro e ad un massimo di 24 Indennità per tutta la durata della copertura.



Nel caso in cui uno stesso Assicurato abbia sottoscritto più coperture in relazione a più Conti Correnti di cui sia intestatario, i massimali di cui sopra opereranno con riferimento a ciascuna copertura assicurativa e non con riferimento all'unica testa assicurata.

Art. 11 Denuncia dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif – Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo,15 – 20132 Milano, anche per il tramite della Contraente. L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800.070.988.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

Decesso

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

Invalidità Permanente

- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

Inabilità Temporanea Totale

- dichiarazione del medico curante e, in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica.

Malattia Grave

- dichiarazione del medico curante assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto;

Perdita d'Impiego

- documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

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

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

In ogni caso la Banca Nazionale del Lavoro è tenuta a presentare il prospetto relativo al Saldo Debitore / Creditore del conto corrente, come risultante alla data del sinistro.



Se l'avente diritto alla prestazione è un minore o un maggiore interdetto la richiesta di liquidazione dovrà essere sottoscritta da chi ne esercita la potestà o dal Tutore. Prima di procedere alla liquidazione l'Assicuratore dovrà ricevere il Provvedimento di Autorizzazione del Giudice Tutelare.

Art. 12 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 13 Legge Applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 14 Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 18 (Reclami) tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Assicuratore dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Customer Care - Via Tolmezzo, 15 20132 Milano, fax n. 02-77.224.261, o chiamando il Servizio Clienti al n. 800.070.988. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato ovvero qualora l'Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.

Cardif, nella propria Home Page Internet (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. 15 Cessione dei diritti

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

Art. 16 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 17 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione delle presenti Polizze, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Assicurato e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato e/o avente diritto.

Art. 18 Reclami

Reclami all'Impresa

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

- per la polizza n° 5348/03, a BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.- Ufficio Reclami – Via Tolmezzo,15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com
- per la polizza n° 5256/02, a Cardif Assurances Risques Divers– Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo,15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com.

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità sottoelencate previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.



Reclami all'IVASS

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

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

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

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

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

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

Autorità di vigilanza del paese di origine di Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia 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. 19 Tutela Dati – Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Le Compagnie, in qualità di Titolari del trattamento, informano che i dati personali dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi. All'interno delle nostre Compagnie, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto delle Compagnie medesime servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale. Le Compagnie possono altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico delle Compagnie; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalle Compagnie anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede delle Compagnie) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalle Compagnie "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n.



196/2003.

Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Le Compagnie non diffondono i dati personali degli Interessati.

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

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

- Cardif Vita S.p.A., in persona del Vice Direttore Generale Risorse e Operations, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti / marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo,15 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com
- Cardif Assurances Risques Divers- Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo,15 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com



MODULO DI ADESIONE (copertura assicurativa facoltativa e non necessaria ai fini dell'ottenimento del finanziamento)
alle Polizze Collettive n. 5348/03 e n. 5256/02
tra Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e Cardif Vita S.p.A. e Cardif Assurances Risques Divers

SERENITY CONTI CORRENTI

CIRA

POLIZZE COLLETTIVE N° 5348/03 E N. 5256/02

COPERTURA ASSICURATIVA N: _____ Conto assicurato n° _____ Codice Sportello _____

Aderente/Assicurato

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Professione _____

Indirizzo Residenza

Via/Piazza: _____ n° _____ Città _____ Prov. _____ c.a.p. _____

Stato _____

Indirizzo Recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza)

Via/Piazza _____ N° _____ Città _____ Prov. _____

c.a.p. _____ Stato _____

Tipo Documento _____ Numero documento _____

* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____

Dati relativi all'eventuale curatore, tutore o altra persona dotata dei necessari poteri di firma

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Indirizzo Residenza

Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov. _____

c.a.p. _____ Stato _____

Tipo Documento _____ Numero documento _____

* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____

Rapporto con l'Aderente Assicurato

Curatore _____ Tutore _____ Altra persona dotata necessari poteri di firma (specificare ruolo) _____



Garanzie:

- A) Decesso (per tutti gli assicurati) (garanzia prestata da Cardif Vita S.p.A.)
- B) Invalidità Permanente (per tutti gli assicurati) (garanzia prestata da Cardif Vita S.p.A.)
- C) Inabilità Temporanea e Totale (per assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici) (garanzia prestata da Cardif Assurances Risques Divers)
- D) Perdita d'Impiego (per assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Dipendenti Privati) (garanzia prestata da Cardif Assurances Risques Divers)
- E) Malattia Grave (per assicurati che al momento del sinistro siano Non Lavoratori) (garanzia prestata da Cardif Assurances Risques Divers)

Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

Confermando:

- di aver ricevuto ed accettato il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari (modello 7A Reg. Isvap n. 5/2006), la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (modello 7B Reg. Isvap n. 5/2006), il Fascicolo informativo relativo alle Polizze Collettive n. 5348/03 e n. 5256/02, tutto quanto consegnato in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione;
- che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze

ADERISCE

alle Polizze suddette, indicando come Assicurato sé stesso.

Ai fini dell'efficacia di tale adesione, l'Aderente/Assicurato dichiara (in caso di lavoratore dipendente del settore privato) di non avere ricevuto nei 12 mesi antecedenti la precedente adesione una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

Data di Decorrenza della Copertura (data di primo addebito del premio): _____

Gravano sull'Aderente, per ciascuna mensilità assicurativa costi totali pari a 0,14% del Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente all'addebito come meglio specificato nelle Condizioni di assicurazione (di cui 45% del premio imponibile riconosciuti all'intermediario). Ad esempio: se il valore assoluto risultante dal Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente all'addebito ammonta ad Euro 100,00 i costi totali ammontano ad Euro 0,14, di cui Euro 0,06 sono riconosciuti all'intermediario.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti avvertenze *relative alle dichiarazioni dello stato di salute*:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230,00 (per maggiori informazioni contattare il Servizio Clienti al numero 800.070.988)

Luogo e data _____

Firma Aderente/Assicurato _____
(o suo rappresentante*)

L'Aderente dichiara, di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni", 7 "Beneficiari delle Prestazioni", 9 "Clausola di revisione del premio" 10 "Massimali", 11 "Denuncia dei sinistri", 15 "Cessione dei diritti".

Luogo e data _____

Firma Aderente/Assicurato _____
(o suo rappresentante*)



PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, nonché delle vigenti disposizioni a contrasto del finanziamento del terrorismo (D. Lgs. n. 109/07 e n. 54/09), e successive modificazioni e integrazioni, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, o se entità giuridica, il Legale Rappresentante, in presenza del medesimo soggetto e, comunque, nella piena osservanza delle disposizioni regolamentari vigenti, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi, altresì, acquisendo i dati del "titolare effettivo". Dati del cliente che si dichiara aver acquisito da idonei documenti, non alterati né contraffatti, e di aver verificato, unitamente ai dati del "titolare effettivo", per l'applicazione degli obblighi di Legge a contrasto del finanziamento del terrorismo.

Ai sensi degli artt. 29 e 34 D. Lgs. n. 231/07, si dichiara di aver ottemperato, in proprio/per tramite di proprie idonee procedure, all'"adeguata verifica del cliente", trasmettendo a BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. tutti i dati necessari e le informazioni acquisite nell'osservanza dell'art. 18, comma 1, lett. a), b) e c), all'uopo fornendone idonea attestazione, conformemente alle modalità previste ai sensi dell'art. 30 D. Lgs. n. 231/07.

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

Luogo e Data

firma e timbro dell'Incaricato

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI PREMI

Il titolare/intestatario del conto corrente sotto indicato autorizza la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. ad addebitare in conto il premio periodico determinato in funzione dell'importo del Saldo Medio Liquido Mensile del mese precedente come meglio specificato nelle Condizioni di assicurazione

ABI

CAB

C/C

Intestatario

Firma del Titolare

"Per i dettagli relativi alla specifica copertura assicurativa richiesta si prega di fare riferimento al modulo di adesione in forma Personalizzata consegnato dalla Contraente"