

Polizza Creditor Protection Insurance



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A
Continuity (Polizza Collettiva n.5410/03)
Edizione Marzo 2022 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

Una soluzione assicurativa a tutela degli uomini "chiave" dell'azienda, in forma di Polizza collettiva, che copre alcuni rischi che potrebbero impedire all'Aderente/Assicurato di rimborsare il Finanziamento.

Contraente: BNL



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Decesso

- ✓ Decesso per qualsiasi causa.
- ✓ Somma assicurata massima 520.000 euro; Prestazione pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso.

Invalità Permanente

- ✓ Invalità Permanente, pari o superiore al 60%, per qualsiasi causa. Per Invalità Permanente si intende perdita definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua specifica attività lavorativa. Il grado di Invalità Permanente si calcola in base alle tabelle INAIL sull'indennizzo del danno biologico (art. 13 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche e integrazioni).
- ✓ Somma assicurata massima 520.000 euro; Prestazione pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Sinistro.



Che cosa NON è assicurato?

- × Assicurato che non sia titolare, collaboratore, socio o dipendente della stessa Impresa Aderente
- × Assicurato con età superiore a 66 anni al momento dell'adesione, in caso di copertura relativa ad un finanziamento di nuova erogazione
- × Assicurato con età superiore a 56 anni al momento dell'adesione in caso di copertura relativa ad un finanziamento già in essere
- × Finanziamento con durata di ammortamento superiore a 240 mesi e un periodo di residuo di preammortamento, alla data di decorrenza, superiore a 36 mesi
- × Assicurato con età superiore a 75 anni al termine della copertura
- × Assicurato portatore di uno stato di invalidità permanente uguale o superiore al 34% al momento dell'adesione
- × Assicurato che riceve una pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla (non rilevano le Invalità Permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- × Aderente (Persona Giuridica) con sede legale fuori dall'Italia
- × Titolare Effettivo che sia residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- × Aderente (Persona Giuridica) che faccia parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)



Ci sono limiti di copertura?

Ogni garanzia può essere sottoposta a esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo e periodi di carenza.

Le esclusioni per tutte le garanzie:

- ! dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario
- ! sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione, tranne i Sinistri avvenuti nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, sempre che l'Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio
- ! sinistri legati ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: atti autolesivi; mutilazione volontaria; Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; Sinistri dovuti all'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico o a stati d'alcolismo acuto o cronico
- ! sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo

- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore
- ! 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
- ! sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni o radiazioni atomiche
- ! sinistri che siano conseguenza diretta di Attività Sportive Professionistiche o di sport aerei
- ! sinistri conseguenti al paracadutismo
- ! sinistri che siano conseguenza di suicidio avvenuto nei primi 12 mesi di Polizza



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Al momento della sottoscrizione del contratto devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative, la Domanda di copertura, uno tra: Questionario Semplificato di Autocertificazione dello Stato di Salute, Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica (a seconda dell'età anagrafica e della somma assicurativa complessiva); il Modulo di Adesione.
- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete 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).
- E' necessario comunicare alla Compagnia eventuali trasferimenti di residenza, domicilio abituale e sede legale (se Persona Giuridica) fuori dall'Italia e l'eventuale acquisizione di residenza e sede legale di uno Stato sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi.
- 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.
- 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.



Quando e come devo pagare?

- Il Premio si paga in anticipo e in un'unica soluzione. L'ammontare dipende dalla Somma Assicurata e dalla durata della copertura. Il Premio sarà addebitato sul conto corrente di addebito delle rate del Finanziamento dell'Aderente a cui si riferisce la polizza oppure su altro conto intrattenuto dall'Aderente presso la Contraente. Qualora il Premio sia incluso nel capitale finanziato dalla Contraente, sarà versato da quest'ultima in un'unica soluzione e l'Aderente lo restituirà alla Contraente periodicamente, all'interno delle rate mensili del Finanziamento. In ogni caso, resta ferma la possibilità di utilizzare strumenti elettronici per il pagamento del premio, dove ciò sia possibile presso l'intermediario. Il Premio è indicato nel Modulo di adesione e comprende l'eventuale imposta di assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre, cioè entra in vigore, dalle ore 24 della Data di Decorrenza.

Le garanzie cessano:

- alla data di termine della copertura che si determina aggiungendo alla Data di Decorrenza indicata nel Modulo di adesione (campo "Data Decorrenza") la durata della copertura anch'essa indicata nel Modulo di adesione (campo "Durata Copertura")
- se l'Assicurato cessa qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Aderente
- in caso di Decesso, dalla data dell'evento
- se viene liquidata l'Indennità per Invalidità Permanente
- se decidi di estinguere il Finanziamento o di esercitare il tuo diritto alla Portabilità (a meno che richiedi di mantenere la copertura) con effetto dalla data indicata
- in caso di perdita dei requisiti di residenza, sede legale e di domicilio
- se dopo l'adesione, entri a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte tua o della Compagnia



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

In caso di durata poliennale dell'Assicurazione, puoi anche recedere annualmente dal contratto, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza.

Per recedere, devi comunicarlo alla Compagnia con un preavviso di 60 giorni con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Non sono previste riduzione di premio.

Polizza Creditor Protection Insurance



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A

Prodotto: Continuity (Polizza Collettiva n.5410/03)

Edizione Marzo 2022 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

Una soluzione assicurativa a tutela degli uomini “chiave” dell’azienda, in forma di Polizza collettiva, che copre alcuni rischi che potrebbero impedire all’Aderente/Assicurato di rimborsare il Finanziamento.

Contraente: BNL



Che cosa è assicurato?

Inabilità Temporanea Totale

- ✓ Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia che comporti la perdita temporanea e totale della capacità dell’Assicurato di svolgere la propria professione o mestiere. Se l’evento colpisce un Non Lavoratore, l’Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale della capacità dell’Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.
- ✓ Somma assicurata pari a massimo 2.500 euro per ciascuna rata mensile; Prestazione pari a massimo 24 rate mensili per singolo Sinistro e massimo 36 rate mensili per intera durata della copertura.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Assicurato che non sia titolare, collaboratore, socio o dipendente della stessa Impresa Aderente
- ✗ Assicurato con età superiore a 66 anni al momento dell’adesione, in caso di copertura relativa ad un finanziamento di nuova erogazione
- ✗ Assicurato con età superiore a 56 anni al momento dell’adesione in caso di copertura relativa ad un finanziamento già in essere
- ✗ Finanziamento con durata di ammortamento superiore a 240 mesi e un periodo di residuo di preammortamento, alla data di decorrenza, superiore a 36 mesi
- ✗ Assicurato con età superiore a 75 anni al termine della copertura
- ✗ Assicurato portatore di uno stato di invalidità permanente uguale o superiore al 34% al momento dell’adesione
- ✗ Assicurato che riceve una pensione d’invalidità o ha presentato domanda per ottenerla (non rilevano le Invalidità Permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- ✗ Aderente (Persona Giuridica) con sede legale fuori dall’Italia
- ✗ Assicurato con domicilio abituale e residenza fuori dall’Italia
- ✗ Titolare Effettivo che sia residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall’ONU, dall’Unione Europea e dagli Stati Uniti d’America
- ✗ Aderente (Persona Giuridica) e Assicurato che facciano parte di liste di restrizione all’operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)



Ci sono limiti di copertura?

Ogni garanzia può essere sottoposta a esclusioni, franchigie, limiti di indennizzo e periodi di carenza.

Le esclusioni generali per tutte le garanzie

- ! dolo dell’Assicurato, dell’Aderente o del Beneficiario
- ! sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione, tranne i Sinistri avvenuti nei primi 14 giorni dall’inizio degli eventi bellici, sempre che l’Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio
- ! sinistri legati ad azioni intenzionali dell’Assicurato, quali: atti autolesivi; mutilazione volontaria; sinistri provocati volontariamente dall’Assicurato; sinistri dovuti all’uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico o a stati d’alcolismo acuto o cronico
- ! sinistri legati a un incidente aereo, se l’Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore
- ! 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
- ! sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni o radiazioni atomiche
- ! sinistri che siano conseguenza diretta di Attività Sportive Professionistiche o di sport aerei
- ! sinistri conseguenti al paracadutismo
- ! sinistri che siano conseguenza di suicidio avvenuto nei primi 12 mesi di Polizza

Le esclusioni specifiche per la garanzia Inabilità Temporanea Totale

- ! interruzioni di lavoro dovute a gravidanza



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Al momento della sottoscrizione del contratto devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative, la Domanda di copertura, uno tra: Questionario Semplificato di Autocertificazione dello Stato di Salute, Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica (a seconda dell'età anagrafica e della somma assicurativa complessiva); il Modulo di Adesione.
- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete 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).
- E' necessario comunicare alla Compagnia eventuali trasferimenti di residenza, domicilio abituale e sede legale (se Persona Giuridica) fuori dall'Italia e l'eventuale acquisizione di residenza, domicilio abituale o sede legale di uno Stato sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi.
- 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.
- 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.



Quando e come devo pagare?

Il Premio si paga in anticipo e in un'unica soluzione. L'ammontare dipende dalla Somma Assicurata e dalla durata della copertura. Il Premio sarà addebitato sul conto corrente di addebito delle rate del Finanziamento dell'Aderente a cui si riferisce la polizza oppure su altro conto intrattenuto dall'Aderente presso la Contraente. Qualora il Premio sia incluso nel capitale finanziato dalla Contraente, sarà versato da quest'ultima in un'unica soluzione e l'Aderente lo restituirà alla Contraente periodicamente, all'interno delle rate mensili del Finanziamento. In ogni caso, resta ferma la possibilità di utilizzare strumenti elettronici per il pagamento del premio, dove ciò sia possibile presso l'intermediario. Il Premio è indicato nel Modulo di adesione e comprende l'eventuale imposta di assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre, cioè entra in vigore, dalle ore 24 della Data di Decorrenza.

Le garanzie cessano:

- alla data di termine della copertura che si determina aggiungendo alla Data di Decorrenza indicata nel Modulo di adesione (campo "Data Decorrenza") la durata della copertura anch'essa indicata nel Modulo di adesione (campo "Durata Copertura")
- se l'Assicurato cessa qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Aderente
- in caso di Decesso, dalla data dell'evento
- se viene liquidata l'Indennità per Invalidità Permanente
- se decidi di estinguere il Finanziamento o di esercitare il tuo diritto alla Portabilità (a meno che richieda di mantenere la copertura) con effetto dalla data indicata
- in caso di perdita dei requisiti di residenza, sede legale e di domicilio
- se dopo l'adesione, entri a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte tua o della Compagnia



Come posso disdire la polizza?

In caso di durata poliennale dell'Assicurazione, puoi anche recedere annualmente dal contratto, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza.

Per recedere, devi comunicarlo alla Compagnia con un preavviso di 60 giorni con apposito modulo presso le filiali della Contraente oppure con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email.

Polizza Creditor Protection Insurance



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.

Prodotto: Continuity (Polizza Collettiva n.5410/03)

Edizione Marzo 2022 (ultima edizione disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale 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.

BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A., sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3 – 20124 - Milano (Italia), P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 11552470152, REA: 1475525, Telefono 02/77 22 41, Sito internet: www.bnpparibascardif.it, PEC: cardifspa@pec.cardif.it, Posta elettronica: servizioclienti@cardif.com. Cardif Vita S.p.A. 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.

Cardif Vita S.p.A. ha un Patrimonio Netto pari a 974,296 milioni di Euro di cui 195,210 milioni di Euro è il Capitale Sociale e 779,086 milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 164% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 1.507 milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 919 milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://bnpparibascardif.it/documents/66945/123376/RELAZIONE+SULLA+SOLVIBILIT%C3%80+E+CONDIZIONE+FINANZIARIA+2020/a26e22af-d80f-f436-455f-5b5292de0873>

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:

- a) Decesso (ramo I) derivante da tutte cause.
- b) Invalidità Permanente (ramo I) di grado pari o superiore al 60%, derivante da Infortunio o da Malattia.

Ramo Danni:

- a) Inabilità Temporanea Totale (ramo 1 e 2) derivante da Infortunio o da Malattia

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

Non sono previste.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio	Non sono previste opzioni con riduzione del premio.
----------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio Aggiuntivo	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.
-------------------	--

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nel DIP.
----------------	---

Ci sono limiti di copertura?

Decesso

Franchigia: non prevista

Sono esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.

Invalidità Permanente

Franchigia: 59%

L'Indennità è al netto di eventuali altri indennizzi già pagati per lo stesso evento dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e di eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.

Inabilità Temporanea Totale

Franchigia: 30 giorni

Sono esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

In caso di sinistro, ti invitiamo a dare immediatamente avviso alla Compagnia privilegiando l'utilizzo del canale telefonico e chiamando il nostro **Sevizio Clienti al numero 800.900.780 (oppure dall'estero +39/0277224686)** attivo dal lunedì-venerdì dalle ore 8.30 – 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

Potrai prendere un appuntamento telefonico anche attraverso la tua area riservata MyCardif.

Un nostro consulente specializzato potrà assisterti nella raccolta della segnalazione telefonica di Sinistro, indicandoti le modalità di presentazione della denuncia e di istruzione della pratica nonché i documenti necessari.

Potrai comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattarci:

- via e-mail scrivendo a: **documentisinistriprotezione@cardif.com**
- via posta a: **Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri, Casella Postale 421 - 20123 Milano (MI)**

DECESSO

I documenti da consegnare alla Compagnia in caso di Sinistro sono:

- certificato di morte;
- certificato medico che precisi le esatte cause della morte;
- se la causa del Decesso è una malattia, qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero è necessaria la copia della cartella clinica del ricovero in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia che ha portato al Decesso oppure, in alternativa, è sufficiente la copia della cartella clinica dell'ultimo ricovero, a condizione però che contenga una "anamnesi patologica remota e prossima", cioè il quadro di tutte le informazioni utili alla diagnosi, sia per quanto riguarda il passato dell'Assicurato sia per quanto riguarda la malattia che ha portato al Decesso;
- copia del verbale redatto dalle autorità intervenute se il Decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale;
- copia del referto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia;
- altra documentazione eventualmente necessaria per individuare i/il beneficiari/o di Polizza.

INVALIDITA' PERMANENTE

I documenti da consegnare alla Compagnia in caso di Sinistro sono:

- certificazione di Invalidità Permanente emessa dagli enti preposti (quali INAIL, INPS, ASL o commissioni mediche di verifica) o da un medico legale;
- se la causa dell'Invalidità Permanente è una malattia, qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero è necessaria la copia della cartella clinica del ricovero in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia da cui deriva l'Invalidità;
- copia del verbale redatto dalle autorità intervenute se l'Invalidità è conseguente ad incidente stradale e della cartella clinica relativa all'eventuale Ricovero Ospedaliero subito a seguito dell'incidente.

INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

I documenti da consegnare alla Compagnia in caso di Sinistro sono:

- dichiarazione del medico curante;
- qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero, certificato di ricovero oppure copia della cartella clinica contenente una "anamnesi patologica remota e prossima", cioè il quadro di tutte le informazioni utili alla diagnosi, sia per quanto riguarda il passato dell'Assicurato sia per quanto riguarda la malattia che ha portato all'Inabilità Temporanea Totale.

Prescrizione:

Ai sensi dell'art. 2952 cod.civ.:

Per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.

	<p>Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il Sinistro.</p> <p>Decorsi i termini previsti, le somme prescritte saranno devolute al fondo del Ministero dell'economia e delle finanze.</p> <p>Liquidazione della prestazione: Riceverai l'indennità entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione richiesta.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non prevista</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>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).</p> <p>In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, 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.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nel DIP.
Rimborso	<p>Hai diritto al rimborso della parte di premio pagata e non goduta nei seguenti casi:</p> <p>Recesso dell'Aderente: l'importo rimborsato è pari al Premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Potranno essere trattenute le spese amministrative per l'emissione del contratto, come quantificate nel Modulo di adesione.</p> <p>Estinzione Anticipata Totale o Accollo Liberatorio o Portabilità se non hai richiesto il mantenimento della copertura assicurativa la Compagnia ti restituisce la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo. Dall'importo da restituire, già al netto delle imposte, potranno essere trattenute le spese amministrative per l'emissione del contratto, e per il rimborso del Premio, come quantificate nel Modulo di adesione.</p> <p>Estinzione Anticipata Parziale: la Compagnia restituisce la parte di Premio pagato corrispondente alla riduzione della Prestazione a seguito dell'Estinzione Anticipata Parziale. Dall'importo da restituire, già al netto delle imposte, la Compagnia potrà trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del Premio, secondo i criteri indicati nel Modulo di adesione.</p> <p>Perdita dei requisiti di assicurabilità: la Compagnia ti restituisce la parte di Premio relativa al periodo residuo dal momento della perdita del requisito alla scadenza del periodo assicurativo interessato, al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio.</p>
Sconti	Non previsti

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La durata massima dell'Assicurazione è pari a 240 mesi dalla data di erogazione del finanziamento
Sospensione	Non prevista

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non prevista
Recesso	<p>Puoi ripensarci e recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza comunicandolo alla Compagnia con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:</p> <p>Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809</p>

	<p>email: lineapersone@cardif.com</p> <p>In caso di durata poliennale dell'Assicurazione, puoi anche recedere annualmente dal contratto, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza.</p> <p>Per recedere, devi comunicarlo alla Compagnia con un preavviso di 60 giorni con apposito modulo presso le filiali della Contraente oppure con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email.</p> <p>La Compagnia restituisce all'Aderente, attraverso la Contraente, il Premio già pagato, al netto delle imposte e della parte di Premio già goduta, entro i 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso. Potranno essere trattenute eventuali spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto (indicate nel Modulo di adesione)</p>
Risoluzione	Non prevista

 Sono previsti riscatti o riduzioni? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Valori di riscatto e riduzione	Non previsti
Richiesta di informazioni	Non previsti

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Persona giuridica (impresa) con sede legale in Italia che sottoscrive la Polizza per gli uomini "chiave" dell'azienda.	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>L'importo del premio dipende dalla Somma Assicurata e dalla durata della copertura.</p> <p>In caso di rimborso del premio per estinzione anticipata o trasferimento Finanziamento le relative spese di rimborso sono di 12,00 euro come indicato nel Modulo di adesione.</p> <p>Costi amministrativi per la gestione del contratto: 10,50% del Premio al netto delle tasse.</p> <p>L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo stato di salute al costo di 230 € a suo carico.</p> <p>I costi per l'emissione del contratto sono pari a 76,00 euro, i costi di intermediazione sono in media pari al 31,50% del Premio al netto delle tasse (su un Premio imponibile di 100 euro, la remunerazione dell'Intermediario è di 31,50 euro).</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Se il reclamo riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), devi inviare una comunicazione scritta, per email, posta o fax, all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:</p> <p>Cardif - Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano Email: reclami@cardif.com fax 02.77.224.265</p> <p>E' possibile inoltrare il reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet www.bnpparibascardif.it.</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni da quando hanno ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se non fossi soddisfatto della risposta, puoi rivolgerti all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.</p>
All'IVASS	<p>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:</p> <p>IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206</p> <p>Per la stesura del reclamo presentato all'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.</p>

	L'autorità di vigilanza del Paese delle Compagnie che hanno sede in Francia 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-laclientele/comment-contacter-lacp.html .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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 - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana.</p> <p>In particolare si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la totale esenzione da imposte sui premi versati per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente • la deducibilità del Premio dal reddito d'impresa • un'imposta sui premi versati nella misura del 2,50% per la garanzia Inabilità Temporanea Totale

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. 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.

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

POLIZZA BNL CONTINUITY

CREDITOR PROTECTION INSURANCE
POLIZZA COLLETTIVA N.5410/03

Edizione 03/2022

*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"*



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	1 di 23
Glossario	1 di 23
Norme che regolano l'assicurazione	4 di 23
Art. 1. Cosa e Chi copre la Polizza?	4 di 23
Art. 2. Chi si può assicurare?	4 di 23
Art. 3. A quali condizioni opera l'Assicurazione?	4 di 23
Art. 4. Come assicurarsi?	5 di 23
Art. 5. Quanto durano le garanzie?	6 di 23
Art. 6. Si può recedere dall'Assicurazione?	11 di 23
Art. 7. Quali sono i rischi considerati e le prestazioni per ogni garanzia?	11 di 23
Art. 8. Quali eventi o situazioni sono esclusi dalle coperture?	13 di 23
Art. 9. A quanto ammonta l'Indennità massima per ogni garanzia?	14 di 23
Art. 10. Chi ha diritto all'indennità in caso di Sinistro?	14 di 23
Art. 11. Come si calcola e come si paga il Premio?	14 di 23
Art. 12. Come si denuncia un Sinistro?	15 di 23
Art. 13. Quando riceverò l'indennità?	16 di 23
Art. 14. Quale legge si applica a questo contratto?	17 di 23
Art. 15. Come comunico con la compagnia?	17 di 23
Art. 16. Posso cedere la mia copertura assicurativa a terzi?	17 di 23
Art. 17. Le mie dichiarazioni possono incidere sul diritto all'Indennità?	17 di 23
Art. 18. Qual è il foro competente in caso di controversia?	17 di 23
Art. 19. A chi devo inviare un eventuale reclamo?	17 di 23
Art. 20. Protezione dei dati personali	18 di 23
Per comprendere meglio la tabella delle Invalidità	23 di 23
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza BNL Continuity	23 di 23
Modulo di adesione	1 di 3



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

La Polizza in sintesi

La Polizza Collettiva n. 5410/03 è la soluzione a tutela degli "uomini chiave" dell'azienda in caso di **Decesso, Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea Totale**. Con questa polizza l'azienda può affrontare con maggior tranquillità gli imprevisti che possono accadere alle figure importanti dell'azienda e che possono compromettere la capacità di rimborso del Finanziamento.

Che cos'è

Questo prodotto offre 3 garanzie:

- Decesso
- Invalidità permanente
- Inabilità Temporanea Totale

Cosa copre

In caso di Decesso e Invalidità Permanente verrà liquidato un importo pari al debito residuo del finanziamento alla data del sinistro, mentre in caso di Inabilità Temporanea Totale l'importo sarà pari alle rate mensili del finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità, al netto dei giorni di franchigia.

Leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra la polizza e le garanzie in modo immediato e nei tratti essenziali, ma non ha valore contrattuale e, pertanto, non sostituisce né integra i termini e le condizioni a cui l'assicurazione è prestata, che sono esclusivamente quelli previsti negli articoli di seguito riportati.

In queste Condizioni di Assicurazione, ad aiutarla nella lettura e consultazione, troverà il simbolo "Da tenere a mente". La invitiamo inoltre a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate le definizioni dei termini indicati nelle Condizioni con l'iniziale maiuscola.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sulla Polizza
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

Aderente

Persona giuridica (impresa) che sottoscrive la Polizza

Assicurato

Soggetto per il quale è prestata l'Assicurazione; se non coincide con l'Aderente, è la persona fisica che può incorrere nel rischio assicurato.

Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia presta le coperture assicurative disciplinate nelle Condizioni di Assicurazione.

Attività sportiva professionistica

Attività sportiva remunerata e svolta con continuità da atleti, allenatori, preparatori atletici. La disciplina sportiva deve:

- essere regolamentata dal CONI
- conseguire la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali secondo le norme da loro emanate
- essere praticata secondo le direttive del CONI, che distinguono tra attività dilettantistica e attività professionistica.

Beneficiario

Soggetto cui spettano le prestazioni assicurative.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in cui le coperture assicurative sono sospese.

Compagnia, Assicuratore

Per tutte le garanzie della Polizza Collettiva n°5410/03, BNP PARIBAS CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. (per brevità, anche "Cardif Vita S.p.A."), società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 11552470152
- REA: 1475525
- Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: 1.00126
- PEC: cardifspa@pec.cardif.it
- Email: servizioclienti@cardif.com
- Telefono: 02.77224.1
- Sito web: www.bnpparibascardif.it
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n°279 del 28.11.1996)

Condizioni di Assicurazione

Il documento, parte del Set informativo, che contiene

l'insieme delle clausole dell'Assicurazione.

Contraente

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei clienti che sottoscrivono un Finanziamento da essa concesso.

Data di Decorrenza

Giorno in cui la Contraente eroga il Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già erogato, il giorno indicato sul Modulo di adesione.

Decesso

Morte dell'Assicurato.

Domanda di copertura

Il documento con il quale l'Aderente manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza.

Estinzione Anticipata Parziale

Riduzione dell'importo del Finanziamento a seguito di rimborso di parte del debito residuo.

Estinzione Anticipata Totale

Anticipata estinzione del contratto di Finanziamento a seguito di rimborso integrale del debito residuo, in un'unica soluzione e prima della scadenza, da parte del soggetto obbligato.

Finanziamento

Il finanziamento ipotecario o chirografario erogato dalla Contraente con durata di ammortamento non superiore a 240 mesi e con periodo di preammortamento non superiore a 36 mesi.

Franchigia

Condizione contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dalla Compagnia, facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. Nelle Condizioni di Assicurazione consiste in un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile, il Beneficiario non ha mai diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale

Perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione o mestiere.

Se l'evento colpisce un Non Lavoratore, l'Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.

Indennizzo (o anche Indennità o Prestazione)

Somma dovuta al Beneficiario in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Invalità Permanente

Perdita definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua specifica attività lavorativa.

IVASS

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

Lavoratore Autonomo

Persona fisica che esercita un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisce un reddito da lavoro dipendente (vedi definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono considerati Autonomi anche 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

Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di individui o aziende o enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base a un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, con un orario settimanale di almeno 16 ore. Inoltre, al momento dell'adesione, è richiesta un'anzianità minima di 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro, alle dipendenze di individui, 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

Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione italiana, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria. Per pubbliche amministrazioni si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi e 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 considerati Dipendenti Pubblici anche i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione in base ai seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratto di lavoro intermittente.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale

La somma massima che la Compagnia paga come Indennizzo.

Modulo di Adesione

Documento predisposto dalla Compagnia contenente la Dichiarazione di adesione alla copertura, che sarà firmato dall'Aderente.

Non Lavoratore

Persona fisica che non è né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. È considerato Non Lavoratore anche chi lavora da meno di sei mesi e non ha ancora superato il periodo di prova, i pensionati (anche se contestualmente svolgono un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata con 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).

Polizza collettiva

Contratto di assicurazione stipulato da un soggetto Contraente per conto di più Aderenti.

Polizza

La Polizza Collettiva n° 5410/03 stipulata fra Contraente e Compagnia.

Portabilità

L'esercizio, da parte dell'Aderente, della facoltà di surrogazione prevista per legge, con conseguente trasferimento del contratto del Finanziamento a un altro finanziatore.

Premio

Costo della copertura assicurativa, cioè la somma che si paga alla Compagnia per avere diritto alle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Prescrizione

Estinzione del diritto alla Prestazione, se non è fatto valere entro i termini di legge.

Questionario medico

Documento con il quale la Compagnia pone all'Assicurato domande sul suo stato di salute per valutare il rischio al momento in cui accede alla copertura.

Ricovero Ospedaliero

Degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in un ospedale, una clinica universitaria, o una casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie, riabilitative e comunque al ricovero dei malati, e che sia necessaria per svolgere accertamenti e/o terapie che non si possono svolgere in day hospital o in ambulatorio.

Set informativo

L'insieme dei documenti previsti dal Regolamento IVASS n. 41 del 02.08.2018 che devono essere contestualmente consegnati all'Aderente/Contraente prima della sottoscrizione del contratto e pubblicati nel sito internet dell'impresa. Il Set informativo è costituito dal DIP, dal DIP aggiuntivo, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal Modulo di proposta/polizza/adesione.

Sinistro

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Somma Assicurata

La somma indicata nel Modulo di adesione, in relazione alla quale la Compagnia presta la copertura assicurativa.

Norme che regolano l'assicurazione

Art. 1. Cosa e Chi copre la Polizza?

La Polizza copre i rischi che potrebbero impedire di rimborsare il Finanziamento, e cioè il Decesso, l'Invalidità Permanente, e l'Inabilità Temporanea Totale. Tutte le garanzie hanno effetto sempre ed immediatamente. Il dettaglio delle condizioni e delle prestazioni per ogni garanzia è indicato all'art. 7.

Può acquistare queste garanzie solo insieme e quindi con un'unica sottoscrizione.

Garanzie della Polizza	
Decesso	✓
Invalidità Permanente	✓
Inabilità Temporanea Totale	✓

Art. 2. Chi si può assicurare?

Per poter sottoscrivere il contratto di assicurazione è necessario che l'Assicurato, al momento dell'adesione:

- sia titolare, collaboratore, socio o dipendente della stessa Impresa Aderente
- abbia un'età non superiore ai:
 - 66 anni, in caso di copertura relativa ad un Finanziamento di nuova erogazione
 - 56 anni, in caso di copertura relativa ad un Finanziamento già in essere • il Finanziamento concesso dalla Contraente abbia una durata di ammortamento non superiore a 240 mesi e un periodo residuo di preammortamento, alla Data di Decorrenza, non superiore a 36 mesi
- non sia portatore di uno stato di Invalidità Permanente riconosciuto, di grado uguale o superiore a 34% (non rilevano le pensioni di invalidità eventualmente riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- non riceva una pensione di invalidità o non abbia presentato domanda per ottenerla (non rilevano le pensioni di invalidità eventualmente riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- abbia fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute se richieste dalla Compagnia.

È inoltre necessario che l'Assicurato abbia un'età al termine della copertura non superiore a 75 anni. Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di 4 persone. La somma massima in relazione a cui, per ogni persona, la Compagnia presta la copertura è pari a 520.000 euro (tenendo conto del cumulo di ogni altro importo in relazione a cui la Compagnia presta le proprie coperture alla persona medesima).

Art. 3. A quali condizioni opera l'Assicurazione?

3.1 - Condizioni al momento dell'Adesione

L'Assicurazione può essere conclusa se, al momento dell'adesione:

- l'Aderente (Persona Giuridica) ha sede legale in Italia
- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale e residenza in Italia
- il Titolare Effettivo non è residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- l'Aderente (Persona Giuridica) e l'Assicurato non facciano parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control >www.treasury.gov)

3.2 - Condizioni durante l'Assicurazione

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

- l'Aderente (Persona Giuridica) mantiene la propria sede legale in Italia
- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale e residenza in Italia
- lo Stato di cui il l'Aderente, al momento dell'adesione, aveva sede, continua a non essere sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.
- lo Stato in cui l'Aderente trasferisce la sede dopo l'adesione non è sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.



L'Assicurato e l'Aderente si obbligano a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione. La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia le restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza del periodo assicurativo interessato, per il quale il Premio è stato versato (Inclusi i premi eventualmente incassati prima della conoscenza della perdita del requisito da cui deriva la cessazione del contratto), al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio. Se non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione delle Polizze nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda altresì che, in caso di Aderente persona giuridica, l'Assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento della sede dell'Aderente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria dell'Aderente).

Inoltre l'Assicurazione non opera nemmeno per sinistri che si verificano dopo il trasferimento della residenza o domicilio abituale dell'Assicurato e della sede dell'Aderente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza o domicilio abituale del Titolare Effettivo dell'Aderente).

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).

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati (ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;
- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA).

Art. 4. Come assicurarsi?

L'Aderente manifesta il proprio interesse ad aderire alla Polizza sottoscrivendo la Domanda di copertura. La Domanda di copertura ha validità di 180 giorni dalla data della sottoscrizione; la copertura assicurativa non sarà quindi efficace se la sua Data di Decorrenza cade dopo il 180° giorno dalla data di sottoscrizione della Domanda di copertura.

Dopo aver sottoscritto la Domanda di copertura, l'assicurato deve compilare e sottoscrivere uno dei documenti indicati nella tabella seguente, in funzione della Somma Assicurata complessiva:

Somma Assicurata Complessiva*	Età anagrafica dell'assicurando da 18 a 60 anni	Età anagrafica dell'assicurando da 61 a 65 anni
fino a 200.000,00 euro	Questionario Semplificato di Autocertificazione dello Stato di Salute (QMS)	Questionario Medico (QM)
da 200.000,01 euro a 300.000,00 euro	Questionario Medico (QM)	Questionario Medico (QM)
da 300.000,01 euro a 520.000,00 euro	Rapporto Visita Medica (VM)	Rapporto Visita Medica (VM)

*La Somma Assicurata deve includere eventuali altre somme assicurate dall'assicurando con la Compagnia.

Se l'assicurando non intende compilare e sottoscrivere il Questionario Medico (QM), può fornire il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni della Compagnia.

Se sottoscrive il Questionario Medico e il Rapporto di Visita Medica, l'assicurando deve inviarli alla Compagnia attraverso la Contraente. In questo caso, la Compagnia si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere se accettare o meno la copertura assicurativa. La Compagnia si impegna a comunicare all'Aderente e per conoscenza alla Contraente, l'accettazione o il rifiuto del rischio, tempestivamente e comunque

entro 7 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione sanitaria completa. Per concludere l'Assicurazione, il legale rappresentante/ delegato dell'Aderente e Assicurato, devono firmare anche il Modulo di adesione a conferma di tutte le loro dichiarazioni.

Art. 5. Quanto durano le garanzie?

5.1 - Quando iniziano?

Decorrono, cioè entrano in vigore, dalle ore 24 della Data di Decorrenza.

5.2 - Quando cessano?

Le garanzie cessano alla data di termine della copertura, che si determina aggiungendo alla Data di Decorrenza indicata nel Modulo di adesione (campo "Data Decorrenza") la durata della copertura (non superiore a 240 mesi) anch'essa indicata nel Modulo di adesione (campo "Durata Copertura").

Inoltre, le garanzie cessano se l'Assicurato cessa qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Aderente. In questo caso quest'ultimo può sostituirlo indicando una nuova persona da assicurare che risponda ai requisiti di assicurabilità indicati all'art. 2 di queste Condizioni di Assicurazione, oppure può disdire l'adesione alla Polizza.

Se l'Aderente decide di sostituire l'Assicurato, deve comunicare all'Assicuratore la cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione dell'Assicurato con l'Aderente e il nominativo del collaboratore, socio o dipendente da assicurare. L'Impresa Aderente deve, quindi, inviare la comunicazione nelle forme che gli saranno indicate presso le filiali della Contraente.

Se la comunicazione non avviene, mentre è ancora in corso la sostituzione dell'Assicurato, la copertura assicurativa continua ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato.

A seguito della comunicazione, il nuovo assicurando sottoscriverà nelle parti che lo riguardano una nuova Domanda di Copertura e dovrà sottoporsi alle formalità assuntive (Questionario Semplificato di Autocertificazione dello Stato di Salute, Questionario Medico, Rapporto di Visita Medica) stabilite dall'art. 4 così come individuate in relazione alla sua età (alla data della comunicazione della sostituzione) e alla Somma Assicurata complessiva (indicata nello stesso art. 4 ed esistente al momento dell'adesione dell' Aderente alla Polizza Collettiva).

La sostituzione dell'Assicurato si perfeziona:

- in caso di sottoscrizione del Questionario Semplificato di Autocertificazione dello Stato di Salute, dalla data della sottoscrizione della nuova Domanda di Copertura Assicurativa da parte dell'assicurando, senza necessità di accettazione da parte della Compagnia;
- in caso di sottoscrizione del Questionario Medico e del Rapporto di Visita Medica, dalla data della sottoscrizione delle nuova Domanda di Copertura Assicurativa da parte dell'assicurando, se la Compagnia ha accettato la sostituzione.

Se dopo la valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica, il nuovo assicurando è ritenuto non ammissibile in copertura, l'Aderente potrà individuare quale nuovo assicurando un altro collaboratore dipendente o socio. In questo caso il processo ricomincia da capo a meno che l'Aderente non eserciti la facoltà di disdire l'adesione alla Polizza.

In caso di disdetta dell'adesione alla Polizza, la Compagnia restituirà all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, secondo la formula di rimborso del premio precisata nell'Art. 5.3. Prima della naturale scadenza dell'Assicurazione, le garanzie possono cessare inoltre:

- se l'Aderente recede dal contratto nei termini previsti da queste Condizioni di Assicurazione, con effetto dalla data indicata
- se l'Aderente decide di estinguere il Finanziamento o di esercitare il suo diritto alla Portabilità (> art.5.3) (a meno che richieda di mantenere la copertura fino alla scadenza originaria del contratto) con effetto dalla data indicata
- in caso di Decesso dell'Assicurato, dalla data dell'evento
- se viene liquidata l'Indennità per Invalidità Permanente
- se l'Aderente (Persona Giuridica) perde la propria sede legale in Italia
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale o la residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio o residenza
- **se l'Aderente trasferisce la sede in uno degli Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, con effetto dal trasferimento della sede, oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria dell'Aderente con effetto dalla data di applicazione.**



QUANDO CESSANO
LE GARANZIE



5.3 - Che cosa succede in caso di accollo liberatorio o se estinguo Finanziamento in anticipo o se con la Portabilità trasferisco il contratto a un altro Istituto erogante?

In questi casi la copertura assicurativa termina il giorno dell'accollo liberatorio o dell'Estinzione Anticipata Totale o del trasferimento del Finanziamento, come indicato dall'art. 5.3.1; Lei ha la possibilità, **entro 30 giorni** dalla data di accollo, di estinzione o di Portabilità del Finanziamento, di richiedere il mantenimento della copertura, secondo quanto di seguito definito dall'art. 5.3.2.

5.3.1 Cessazione Copertura

Se la copertura termina, la Compagnia le restituisce la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo, versando il relativo importo sul conto corrente utilizzato per il pagamento del Premio, determinato come segue:

- se non sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali → si farà riferimento al piano di rimborso originariamente sottoscritto,
- se sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali → si farà riferimento al piano di rimborso determinato con l'ultima Estinzione Anticipata Parziale.

Di seguito è riportata la formula per il calcolo del Premio rimborsato distinte per garanzie vita (Parte Vita) e garanzia danni (Parte Danni).

Ricordiamo che, dall'importo da restituire, già al netto delle imposte, la Compagnia potrà trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio, secondo quanto indicato nel Modulo di Adesione.

PER GARANZIE VITA E DANNI (valide sia per garanzie con durata uguale alla durata del mutuo che per garanzie con durata diversa):

$$\text{Premio puro rimborsato} = \text{Premio Puro} * \frac{\text{Durata residua}}{\text{Durata alla sottoscrizione/rinnovo}}$$

$$\text{Caricamenti e costi rimborsati} = \text{Caricamenti e Costi Cardif (al netto delle spese di emissione)} * \frac{\text{Durata residua}}{\text{Durata alla sottoscrizione/rinnovo}}$$

$$\text{Premio rimborsato} = \text{Premio puro rimborsato} + \text{Caricamenti e costi rimborsati} - \text{Spese di rimborso}$$

$$\text{Premio rimborsato totale} = \text{Premio Rimborsato (Garanzie Vita)} + \text{Premio Rimborsato (Garanzie Danni)}$$

Dove:

1. Il **premio di riferimento** è così definito:
 - I. In caso di estinzione anticipata totale senza precedente estinzione anticipata parziale: corrisponde al premio versato, alla data di sottoscrizione / rinnovo della copertura.
 - II. In caso di estinzione anticipata totale successiva ad estinzione anticipata parziale: premio residuo determinato alla data della precedente estinzione anticipata parziale.Il **premio di riferimento** corrisponde alla somma tra premio puro, spese amministrative di emissione, caricamenti e costi e tasse.
2. Il **premio puro** è il premio pagato per coprire il rischio e ottenere la prestazione al verificarsi di un sinistro
3. I **caricamenti** e i **costi** rappresentano le somme a copertura dei costi amministrativi e commerciali relativi alla polizza
4. La **durata** della copertura assicurativa alla **sottoscrizione** o al **rinnovo** corrisponde alla durata del contratto prevista al momento in cui viene stipulato o rinnovato
5. La **durata residua** della **copertura assicurativa** corrisponde al tempo che intercorre tra la data di effetto dell'estinzione anticipata totale e la data di scadenza della copertura assicurativa



ESEMPIO

Quanto mi restituisce Cardif se estinguo il finanziamento in anticipo?

Ipotesi:

Data di decorrenza del contratto assicurativo: 01/01/2019
Data di scadenza del contratto assicurativo: 01/01/2029
Data di effetto estinzione anticipata totale: 01/01/2022
Garanzie Vita: Decesso e Invalità Permanente
Garanzia Danni: Inabilità Temporanea Totale

	TOTALE (Garanzie Vita e Danni)
Premio di riferimento di cui:	1.896,00 Euro
Premio Puro	1.532,82 Euro
Spese di emissione	76,00 Euro
Caricamento e costi (al netto delle spese di emissione)	283,55 Euro
Tasse (non rimborsabili)	3,63 Euro
Durata copertura assicurativa alla sottoscrizione/rinnovo	120 mesi
Durata residua copertura assicurativa	84 mesi

CALCOLO DEL PREMIO RIMBORSATO

	TOTALE (Garanzie Vita e Danni)
Premio puro rimborsato	1.072,97 Euro
Caricamenti e costi rimborsati	198,49 Euro
Spese di rimborso	12 Euro
Premio rimborsato	1.259,46 Euro

APPLICAZIONE DELLA FORMULA

Premio Puro Rimborsato = $1.532,82 * (84/120) \rightarrow 1.072,97$ Euro

Caricamenti e Costi Rimborsati = $283,55 * (84/120) \rightarrow 198,49$ Euro

Premio Rimborsato Totale = $1.072,97 + 198,49 - 12 \rightarrow 1.259,46$ Euro

Sul sito www.bnpparibascardif.it (Area Personale) potrà ottenere l'informazione sull'importo rimborsabile riferito alla sua copertura assicurativa.

5.3.2 Mantenimento in Copertura

Se invece lei ha richiesto di mantenere la copertura fino alla scadenza originaria, tutte le garanzie rimangono in vigore come di seguito specificato:

- se non sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali \rightarrow fino al termine del piano di rimborso originariamente sottoscritto,
- se sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali \rightarrow fino al termine e secondo l'importo risultanti dal piano di rimborso determinato con l'ultima Estinzione Anticipata Parziale.

Se intende mantenere le coperture, deve comunicarlo a uno dei seguenti recapiti:



Cardif, Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

fax 02 30329809

email:lineapersone@cardif.com

oppure può utilizzare l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Le ricordiamo che il Servizio Clienti è a disposizione al **numero verde 800.900.780** oppure **dall'estero +39/0277224686**, dal lunedì al venerdì 8.30 -19.00 e sabato 9.00 - 13.00.

5.4 - Cosa succede se rimborso in parte il Finanziamento (Estinzione Anticipata Parziale)?

In questi casi la Compagnia restituisce la parte di Premio pagato corrispondente alla riduzione della Prestazione a seguito dell'Estinzione Anticipata Parziale, versando il relativo importo sul conto corrente utilizzato per il pagamento del Premio, come indicato dall'art. 5.4.1; Lei ha la possibilità, **entro 30 giorni** dalla data di Estinzione Anticipata Parziale del Finanziamento, di richiedere il mantenimento in copertura, secondo quanto di seguito definito dall'art. 5.4.2.

5.4.1 Restituzione Premio

Di seguito è riportata la formula per il calcolo del Premio rimborsato.

Ricordiamo che, dall'importo da restituire, già al netto delle imposte, la Compagnia potrà trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio, secondo quanto indicato nel Modulo di Adesione.

PER GARANZIE VITA E DANNI (valide sia per garanzie con durata uguale alla durata del Finanziamento che per garanzie con durata diversa):

$$\text{Premio puro rimborsato} = \text{Premio Puro} * \frac{\text{Durata residua}}{\text{Durata alla sottoscrizione/rinnovo}} * \text{Percentuale di estinzione anticipata parziale}$$
$$\text{Caricamenti e costi rimborsati} = \text{Caricamenti e costi} * \frac{\text{Durata residua}}{\text{Durata alla sottoscrizione/rinnovo}} * \text{Percentuale di estinzione anticipata parziale}$$
$$\text{Premio rimborsato} = \text{Premio puro rimborsato} + \text{Caricamenti e costi rimborsati} - \text{Spese amministrative di rimborso}$$
$$\text{Premio rimborsato totale} = \text{Premio Rimborsato (Garanzie Vita)} + \text{Premio Rimborsato (Garanzie Danni)}$$

Dove:

1. Il **premio di riferimento** è così definito:
 - I. In caso di prima estinzione anticipata parziale: premio versato, alla data di sottoscrizione / rinnovo della copertura;
 - II. In caso di estinzioni successive alla prima: premio residuo determinato alla data della precedente estinzione anticipata parziale.Il **premio di riferimento** corrisponde alla somma tra premio puro, caricamenti e costi e tasse.
2. Il **premio puro** è il premio pagato per coprire il rischio e ottenere la prestazione al verificarsi di un sinistro.
3. I **caricamenti** e i **costi** rappresentano le somme a copertura dei costi amministrativi e commerciali relativi alla polizza.
4. La **durata** della copertura assicurativa alla **sottoscrizione** o al **rinnovo** corrisponde alla durata del contratto prevista al momento in cui viene stipulato o rinnovato.



5. La **durata residua** della **copertura assicurativa** corrisponde al tempo che intercorre tra la data di effetto dell'estinzione anticipata parziale e la data di scadenza della copertura assicurativa.

6. La **percentuale di estinzione anticipata parziale** è calcolata come rapporto tra l'importo dell'estinzione anticipata parziale del Mutuo e il debito residuo ante estinzione anticipata parziale del Mutuo.

ESEMPIO

Quanto mi restituisce Cardif se estinguo il finanziamento in anticipo?

Ipotesi:

Data di decorrenza del contratto assicurativo: 01/01/2019

Data di scadenza del contratto assicurativo: 01/01/2029

Data di effetto estinzione anticipata totale: 01/01/2022

Garanzie Vita: Decesso e Invalidità Permanente

Garanzia Danni: Inabilità Temporanea Totale

Percentuale di estinzione anticipata parziale: 20%

	TOTALE (Garanzie Vita e Danni)
Premio di riferimento di cui:	1.896,00 Euro
Premio Puro	1.532,82 Euro
Caricamento e costi	359,55 Euro
Tasse (non rimborsabili)	3,63 Euro
Durata copertura assicurativa alla sottoscrizione/rinnovo	120 mesi
Durata residua copertura assicurativa	84 mesi

CALCOLO DEL PREMIO RIMBORSATO

	TOTALE (Garanzie Vita e Danni)
Premio puro rimborsato	214,59 Euro
Caricamenti e costi rimborsati	50,34 Euro
Spese di rimborso	12 Euro
Premio rimborsato	252,93 Euro

APPLICAZIONE DELLA FORMULA

Premio Puro Rimborsato = $1.532,82 * (84/120) * 20\% \rightarrow 214,59$ Euro

Caricamenti e Costi Rimborsati = $359,55 * (84/120) * 20\% \rightarrow 50,34$ Euro

Premio Rimborsato Totale = $214,59 + 50,34 - 12 \rightarrow 252,93$ Euro

Sul sito www.bnpparibascardif.it (Area Personale) potrà ottenere l'informazione sull'importo rimborsabile riferito alla sua copertura assicurativa.

5.4.2 Mantenimento in Copertura

Se lei ha richiesto di mantenere la copertura fino alla scadenza originaria, tutte le garanzie rimangono in vigore come di seguito specificato:

- se non sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali \rightarrow fino al termine del piano di rimborso originariamente sottoscritto,
- se sono state effettuate in precedenza Estinzioni Anticipate Parziali \rightarrow fino al termine e secondo l'importo



risultanti dal piano di rimborso determinato con l'ultima Estinzione Anticipata Parziale.

Se intende mantenere le coperture, deve comunicarlo a uno dei seguenti recapiti:

Cardif, Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano (MI)
fax 02 30329809
email:lineapersone@cardif.com

oppure può utilizzare l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Le ricordiamo che il Servizio Clienti è a disposizione al **numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39/0277224686**, dal lunedì al venerdì 8.30 -19.00 e sabato 9.00 - 13.00.

Art. 6. Si può recedere dall'Assicurazione?

6.1 - Il suo recesso

L'Aderente può cambiare idea sull'adesione e recedere dall'Assicurazione **entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, ma deve comunicarlo con raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:**

Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano
Fax: 02 30329809
Email: lineapersone@cardif.com

oppure utilizzare l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno inoltro della comunicazione. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso verrà restituito il Premio versato non goduto al netto delle imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Potranno essere trattenute le spese amministrative per l'emissione del contratto, come quantificate nel Modulo di adesione.

In caso di durata poliennale dell'Assicurazione, a fronte della riduzione di Premio che è stata concessa nella misura indicata in queste Condizioni di Assicurazione, **può anche recedere annualmente dal contratto, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla Data di Decorrenza.** Per recedere, deve comunicarlo alla Compagnia con un **preavviso di 60 giorni** ai recapiti sopra indicati. Il recesso ha effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso.

Se la durata poliennale è inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.

6.2 - Il recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dall'Assicurazione se l'Aderente o l'Assicurato entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

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

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

Art. 7. Quali sono i rischi considerati e le prestazioni per ogni garanzia?

7.1 - Decesso

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	Decesso, per qualsiasi causa, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 8 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura)	Indennità pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso, esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento. Se il capitale assicurato è inferiore all'importo finanziato,



COME RECEDERE



Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
		<p>L'Indennità si riduce in proporzione alla differenza tra capitale assicurato e importo finanziato.</p> <p>Nel caso in cui la durata della copertura e la durata dell'ammortamento indicate nel Modulo di adesione (campi "Durata Copertura" e "Durata Ammortamento") non coincidono, la Compagnia liquida una somma determinata mediante il metodo di ammortamento alla francese (a frazionamento mensile) sulla base dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Somma Assicurata, ricalcolata alla data del Sinistro, considerando anche eventuali Estinzioni Anticipate Parziali • la Durata Copertura indicata nel Modulo di Adesione • un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%. <p>Sono in ogni caso esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.</p> <p>Per i Massimali > art. 9</p>

7.2 - Invalidità permanente - garanzia sempre funzionante

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	<p>Invalidità Permanente non inferiore al 60% dovuta a Infortunio o Malattia, verificatisi dopo la Data di Decorrenza, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 8 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura).</p> <p>La valutazione dell'invalidità non tiene conto di eventuali stati di invalidità già presenti al momento dell'adesione.</p>	<p>Indennità pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Sinistro. L'Indennità è al netto di eventuali altri indennizzi già pagati per lo stesso evento dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e di eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.</p> <p>Se il capitale assicurato è inferiore all'importo finanziato, l'Indennità si riduce in proporzione alla differenza tra capitale assicurato e importo finanziato.</p> <p>Nel caso in cui la durata della copertura e la durata dell'ammortamento indicate nel Modulo di adesione (campi "Durata Copertura" e "Durata Ammortamento") non coincidono, la Compagnia liquida una somma determinata mediante il metodo di ammortamento alla francese (a frazionamento mensile) sulla base dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Somma Assicurata, ricalcolata alla data del Sinistro, considerando anche eventuali Estinzioni Anticipate Parziali • la Durata Copertura, indicata nel Modulo di Adesione • un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%. <p>Sono in ogni caso esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.</p> <p>Per i Massimali > art. 9</p>

Per data del Sinistro si intende:

- In caso di Invalidità Permanente da Malattia: il giorno in cui si è stabilizzato il quadro clinico secondo la relazione medico-legale. Se questa non ci fosse, il giorno di presentazione della domanda alla ASL, all'INPS o all'INAIL.
- In caso di Invalidità Permanente da Infortunio: il giorno in cui è successo.

Il grado di Invalidità Permanente si calcola in base alle tabelle INAIL sull'indennizzo del danno biologico (art. 13 del



D. Lgs 38/2000 e successive modifiche e integrazioni).

7.3 - Inabilità Temporanea Totale - garanzia sempre funzionante

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 8 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura)	<p>Se l'Assicurato è ancora inabile dopo che è trascorso il periodo di Franchigia, riceve un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il restante periodo di inabilità, secondo il piano di rimborso risultante alla data del Sinistro.</p> <p>Se l'Assicurato riprende l'attività lavorativa o riacquista la capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ed entro 60 giorni deve di nuovo interrompere il lavoro per la stessa Malattia o Infortunio, la copertura viene ripristinata senza alcun periodo di Franchigia.</p> <p>Se invece la causa è diversa rispetto all'interruzione precedente, viene preso in considerazione un nuovo periodo di Franchigia. Se il capitale assicurato è inferiore all'importo finanziato, l'Indennità si riduce in proporzione alla differenza tra capitale assicurato e importo finanziato.</p> <p>Nel caso in cui la durata della copertura e la durata dell'ammortamento indicate nel Modulo di adesione (campi "Durata Copertura" e "Durata Ammortamento") non coincidono, la Compagnia liquida un'Indennità mensile calcolata mediante il metodo di ammortamento alla francese (a frazionamento mensile) sulla base dei seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none">• la Somma Assicurata, ricalcolata alla data del Sinistro, considerando anche eventuali Estinzioni Anticipate Parziali• la Durata Copertura, indicata nel Modulo di Adesione• un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%. <p>Sono in ogni caso esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento.</p> <p>Per i Massimali > art. 9</p>

Franchigia: 30 giorni, a partire dal primo giorno di inattività lavorativa oppure dal giorno della perdita della capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, indicate sul certificato medico.

DA SAPERE

Cos'è la Franchigia?

È il periodo di tempo durante il quale il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità, anche se si è verificato un Sinistro coperto da garanzia.

Ad esempio: se la Franchigia è di 30 giorni, il Beneficiario non riceverà alcuna Indennità prima che siano trascorsi 30 giorni dalla data del Sinistro; successivamente, da quel momento in poi riceverà le Indennità solo se ci sono ancora le condizioni che hanno fatto scattare la garanzia.

Art. 8. Quali eventi o situazioni sono esclusi dalle coperture?

Per tutte le garanzie:



- dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario
- sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione, tranne i Sinistri avvenuti nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, sempre che l'Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio
- sinistri legati ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: atti autolesivi; mutilazione volontaria; Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; sinistri dovuti all'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico o a stati d'alcolismo acuto o cronico
- Sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore
- 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
- sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni o radiazioni atomiche
- sinistri che siano conseguenza diretta di Attività Sportive Professionistiche o di sport aerei
- sinistri conseguenti al paracadutismo
- sinistri che siano conseguenza di suicidio avvenuto nei primi 12 mesi di Polizza.

Per la sola garanzia Inabilità Temporanea Totale:

- interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

Art. 9. A quanto ammonta l'Indennità massima per ogni garanzia?

Garanzia	Massimali
Decesso	520.000 Euro
Invalità Permanete	520.000 Euro
Inabilità Temporanea Totale	2.500 Euro per ciascuna rata mensile del Finanziamento per un massimo di <ul style="list-style-type: none"> • 24 rate mensili per singolo Sinistro e • 36 rate mensili per l'intera durata della copertura

Attenzione: con la Garanzia Inabilità Temporanea Totale lei riceverà un'Indennità di importo pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il periodo di inabilità, ma solo per il numero massimo di rate indicato in tabella (e non per tutte le rate restanti del Finanziamento, se sono di più).

DA SAPERE

Cos'è il Massimale?

È la somma massima che la Compagnia paga come Indennizzo.

Per esempio, se il Massimale previsto è di 1.000 euro e il debito residuo (o il valore della rata di rimborso) di 1.500 euro, la Compagnia pagherà 1.000 euro.

Art. 10. Chi ha diritto all'indennità in caso di Sinistro?

Per tutte le garanzie è l'Aderente ad avere diritto all'Indennità. In ogni caso, **non possono essere Beneficiari i 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 internazionali** (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Solo in caso di Portabilità è possibile indicare come Beneficiaria la banca che subentra nel Finanziamento. Il Beneficiario riceve l'Indennità direttamente dalla Compagnia oppure attraverso la Contraente.

Art. 11. Come si calcola e come si paga il Premio?

L'ammontare totale del Premio che l'Aderente deve pagare al momento dell'adesione dipende dall'importo e dalla durata del Finanziamento e si ottiene come indicato in tabella:



	Garanzia	Formula di calcolo	
PARTE VITA	Decesso	0,0243% *Durata del Finanziamento (in mesi)	Totale premio parte Vita
	Invalità Permanente	*Capitale del Finanziamento	
PARTE DANNI	Inabilità Temporanea	0,0057% *Durata del Finanziamento (in mesi)	Totale premio parte Danni
	Totale	*Capitale del Finanziamento	
		0,0300%	TOTALE PREMIO

Per esempio:

Per un Finanziamento di 100.000 euro che dura 120 mesi, il premio totale per la PARTE VITA è di 2.916,00 euro ($0,0243\% \times 120 \times 100.000$) e per la PARTE DANNI di 684,00 euro ($0,0057\% \times 120 \times 100.000$), per un ammontare totale di 3.600,00 euro.

Il Premio è indicato nel Modulo di adesione e comprende l'eventuale imposta di assicurazione. Si paga in anticipo e in un'unica soluzione. Il Premio sarà addebitato sul conto corrente di addebito delle rate del Finanziamento dell'Aderente a cui si riferisce la polizza oppure su altro conto intrattenuto dall'Aderente presso la Contraente. Qualora il Premio sia incluso nel capitale finanziato dalla Contraente, sarà versato da quest'ultima in un'unica soluzione e l'Aderente lo restituirà alla Contraente periodicamente, all'interno delle rate mensili del Finanziamento.

In ogni caso, resta ferma la possibilità di utilizzare strumenti elettronici per il pagamento del premio, dove ciò sia possibile presso l'intermediario. Se l'Assicurazione ha durata poliennale, al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale nella misura del 20,4% (applicata sulla sola parte di Premio relativa alle garanzie danni, come sopra indicata). Il Premio indicato nel Modulo di adesione comprende già questa riduzione.

Nota bene: se l'Assicurazione è stata sottoscritta quando il Finanziamento era già erogato, la "Durata del Finanziamento" da considerare per calcolare il Premio è la durata residua (in mesi) del Finanziamento alla Data di Decorrenza dell'assicurazione.

Se la Somma Assicurata è diversa dal capitale finanziato, il "capitale del Finanziamento" da considerare per calcolare il Premio è la Somma Assicurata.

Se l'importo del Finanziamento dovesse risultare superiore a 520.000 euro, il "Capitale del Finanziamento" da considerare per calcolare il Premio è tale importo.

Il tasso di Premio per la garanzia Inabilità Temporanea Totale comprende l'imposta di assicurazione attualmente del 2,5%.

Art. 12. Come si denuncia un Sinistro?

Appena si verifica il Sinistro, la invitiamo a comunicarlo alla Compagnia privilegiando l'utilizzo del canale telefonico e chiamando il nostro **Sevizio Clienti al numero 800.900.780 (oppure dall'estero +39/0277224686)** attivo dal lunedì-venerdì dalle ore 8.30 - 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00. Potrà prendere un appuntamento telefonico anche attraverso la Sua area riservata MyCardif.



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO

Un nostro consulente specializzato potrà assisterla nella raccolta della segnalazione telefonica di Sinistro, indicandole le modalità di presentazione della denuncia e di istruzione della pratica nonché i documenti necessari (di seguito elencati).

Potrà inoltre contattare il nostro Servizio Clienti anche per ricevere informazioni sullo stato della pratica di Sinistro già in corso.

Potrà comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattarci:

- via e-mail scrivendo a: **documentisinistriprotezione@cardif.com**
- via posta a: **Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri, Casella Postale 421 - 20123 Milano (MI).**

I documenti da inviare, ai recapiti sopra indicati, in caso di Sinistro sono, per ogni garanzia:

Decesso

Per liquidare il Sinistro:

- **certificato di morte**
- **certificato medico che precisi le esatte cause della morte**
- **se la causa del Decesso è una malattia, qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero è necessaria la copia della**



- cartella clinica del ricovero in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia che ha portato al Decesso oppure, in alternativa, è sufficiente la copia della cartella clinica dell'ultimo ricovero, a condizione però che contenga una "anamnesi patologica remota e prossima", cioè il quadro di tutte le informazioni utili alla diagnosi, sia per quanto riguarda il passato dell'Assicurato sia per quanto riguarda la malattia che ha portato al Decesso
- copia del verbale redatto dalle autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale
 - copia del referto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia.

Invalità Permanente

- certificazione di Invalità Permanente emessa dagli enti preposti (quali INAIL, INPS, ASL o commissioni mediche di verifica) o da un medico legale
- se la causa dell'Invalità Permanente è una malattia, qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero è necessaria la copia della cartella clinica del ricovero in cui è stata diagnosticata per la prima volta la malattia da cui deriva l'Invalità;
- copia del verbale redatto dalle autorità intervenute se l'Invalità Permanente è conseguente ad incidente stradale e della cartella clinica relativa all'eventuale Ricovero Ospedaliero subito a seguito dell'incidente.

Inabilità Temporanea Totale

- dichiarazione del medico curante
- qualora ci sia stato un Ricovero Ospedaliero, certificato di ricovero oppure copia della cartella clinica contenente una "anamnesi patologica remota e prossima", cioè il quadro di tutte le informazioni utili alla diagnosi, sia per quanto riguarda il passato dell'Assicurato sia per quanto riguarda la malattia che ha portato all'Inabilità Temporanea Totale.

Per verificare prima il diritto all'Indennità e poi per liquidare il Sinistro, la Compagnia dovrà ricevere tutta la documentazione. Potrà anche richiederle documentazione integrativa o di sottoporsi ad accertamenti medici.

Attenzione: In relazione alla richiesta della cartella clinica in caso di Decesso la Compagnia le ricorda che i dati personali verranno trattati in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla vigente normativa nazionale in materia che attribuisce la possibilità di accedere ai dati personali di persone decedute a coloro che, come il Beneficiario di questa Assicurazione, hanno un "interesse proprio".

In ogni caso la Compagnia dovrà ottenere il prospetto relativo alla situazione debitoria, risultante alla data del sinistro, del Finanziamento, o la dichiarazione di insussistenza di posizione debitoria. La Compagnia potrà altresì richiedere la copia del contratto di Finanziamento.

A lei e ai suoi familiari spetta invece:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti
- consentire indagini, accertamenti e visite mediche da parte di consulenti medici di fiducia della Compagnia, che ne sosterranno tutti i costi.

Solo quando la Compagnia riceve tutta la documentazione, la denuncia è considerata completa e può partire la pratica di liquidazione.

Art. 13. Quando riceverò l'indennità?

Entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione richiesta.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- in euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nell'Unione Europea o nello Spazio economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea o nello Spazio Economico Europeo. I paesi dell'Unione Europea sono riportati nel sito https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_it. I paesi dello Spazio economico Europe sono riportati nel sito: <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/it/sheet/169/lo-spazio-economico-europeo-see-la-svizzera-e-il-nord>.

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).



Art. 14. Quale legge si applica a questo contratto?

La legge italiana.

Art. 15. Come comunico con la compagnia?

Tranne che per il recesso (> art. 6.1), per i sinistri (> art. 12), per i reclami (> art. 19) e per la privacy (>art. 20) può inviare le sue comunicazioni a:

Cardif, Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano
Email: servizioclienti@cardif.com



COME
COMUNICARE CON
CARDIF

La Compagnia, tramite la propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa e gestire telematicamente il contratto. L'area è consultabile attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione. Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio da lei comunicato, o per email se ha dato l'autorizzazione.

Art. 16. Posso cedere la mia copertura assicurativa a terzi?

No, non può, in alcun modo e per nessuna ragione.

Art. 17. Le mie dichiarazioni possono incidere sul diritto all'Indennità?

Sì, per questo è importante che al momento dell'adesione siano fornite informazioni vere e precise, soprattutto per quanto riguarda lo stato di salute dell'Assicurato.

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 all'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione 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.

Art. 18. Qual è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione della Polizza che può nascere tra la Compagnia o la Contraente (o entrambe) da una parte, e l'Aderente o l'avente diritto dall'altra, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente o dell'avente diritto.

Art. 19. A chi devo inviare un eventuale reclamo?

Reclami alla Compagnia

Se il reclamo riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), lei deve inviare unacomunicazione scritta, per e-mail, posta o fax, all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif - Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3
20124 Milano
e-mail reclami@cardif.com
fax 02.77.224.265

E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it.



COME FARE UN
RECLAMO



La Compagnia si impegna a risponderle entro 45 giorni. Se non lo facessero o se lei non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda **il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto** (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti consegnata a cura del medesimo intermediario assicurativo.

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

Reclami all'IVASS

Se ritiene che non sia stata rispettata la normativa di settore, deve rivolgersi, a mezzo posta, PEC o fax, direttamente all'IVASS ai seguenti recapiti:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS potrà utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it, nella sezione dedicata ai reclami.

L'autorità di vigilanza del Paese delle Compagnie che hanno sede in Francia 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-laclientele/comment-contacter-lacpr.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 - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Art. 20. Protezione dei dati personali

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

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è necessario per il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati.

Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

I dati personali raccolti dall'Assicuratore sono necessari:

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

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

- Adempimento di obblighi connessi all'esercizio dell'attività assicurativa;
- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;



- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

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

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

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

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:

- I. i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;
- II. gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
- III. i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.

- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie.
- Società del Gruppo BNP Paribas.
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

c. Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore

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

- prova del pagamento del premio o del contributo;
- prevenzione delle frodi;
- adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
- gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
- elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio

per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;

- elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario dell'Assicuratore o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
- lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
- formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
- personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:

° miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;

° promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo dell'Assicurato.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

- segmentando i potenziali e gli attuali clienti dell'Assicuratore;
- analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che l'Assicuratore rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web dell'Assicuratore, ecc.);
- condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è - o diventerà - cliente di un'altra società del Gruppo; e
- incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che l'Assicuratore già tratta su di lui (es. l'Assicuratore potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).

- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

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

Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge;
- società del Gruppo BNP Paribas.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori dell'Assicuratore autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto dello stesso Assicuratore, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso Paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragruppo).

Per richiedere una copia di tali garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta



scritta ai recapiti di seguito indicati.

Il Cliente ha i seguenti diritti:

- Il diritto di **accesso**: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- Il diritto di **rettifica**: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- Il diritto alla **cancellazione**: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- Il diritto alla **limitazione** del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- Il diritto di **opposizione**: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. **Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.**
- Il diritto di **revocare il suo consenso**: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Il diritto alla **portabilità dei dati**: ove legalmente applicabile, l'Assicurato ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito all'Assicuratore o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a terzi.

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

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

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

Data Protection Officer

> data.protection.italy@cardif.com

> P.za Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

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

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

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un sinistro, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas.

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

In alcuni casi, per esempio quando stipula la polizza, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati



riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico. Rispetto a tali dati è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione, altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas.

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

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

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

Il Cliente **ha il diritto di contestare** queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale dell'Assicuratore, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.



Per comprendere meglio la tabella delle Invalidità

Il grado di Invalidità Permanente si calcola in base alle tabelle INAIL sull'indennizzo del danno biologico (art. 13 del D. Lgs 38/2000 e successive modifiche e integrazioni).

Di seguito alcuni esempi sulla differente % di valutazione di invalidità permanente tra tabelle INAIL e Tabelle INPS

Definizione del Danno (come da tabella INPS)	Tabelle INAIL	Tabelle INPS
Anchilosi cervicale o artrosi cervicale in posizione favorevole, in funzione dei metameri interessati	dal 20% al 33%	dal 21% al 30%
Amputazione di gamba, a prescindere dal livello, non protesizzabile	65%	60%
Limitazione di 1/4 dei movimenti dell'anca	12%	10%
Diabete mellito tipo insulino dipendente (in buon compenso e senza segni di ripercussioni sistemiche)	dal 13% al 20%	dal 11% al 20%
Disturbo d'ansia generalizzato	non previsto	10%

Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza BNL Continuity

DECESSO

L'impresa A ha sottoscritto una copertura, indicando come assicurato il Sig. Rossi - Direttore di Produzione, per 20 anni per un capitale pari a 100.000 euro. Trascorsi 10 anni, il Sig. Rossi perde la vita in un incidente stradale.

Cardif a seguito del Decesso del Sig. Rossi liquiderà all'impresa A una somma pari al debito residuo da Piano di Ammortamento.

Es: Debito Residuo del Finanziamento (alla data del sinistro): 16.000 €
Importo rimborsato dalla Compagnia per il sinistro: 16.000 €

INVALIDITA' PERMANENTE

Al momento della stipula del mutuo la ditta B assicura il Sig. Verdi - Direttore Commerciale, per 75.000 euro. A seguito di una grave malattia al Sig. Verdi viene riconosciuta un'invalidità pari all'80%.

Cardif liquiderà alla ditta B una somma pari al debito residuo da Piano di Ammortamento.

Es: Debito Residuo del Finanziamento (alla data del sinistro): 12.000 €
Importo rimborsato dalla Compagnia per il sinistro: 12.000 €

INVALIDITA' TEMPORANEA TOTALE

Il Sig. Bianchi è un agente di commercio e lavora per la società C; a seguito di un incidente domestico riporta una frattura al bacino.

Nei successivi 12 mesi viene sottoposto a numerosi interventi e cicli di riabilitazione.

L'infortunio del Sig. Bianchi ha ridotto il business della società C e compromesso la capacità di rimborsare il mutuo richiesto per l'acquisto di nuovi macchinari.

Cardif liquiderà alla società C una somma pari alle rate mensili del Finanziamento che perdurano nel periodo di inabilità, al netto della franchigia di 30 giorni.

Es: Periodo di inabilità 8 mesi.
Rate del Finanziamento: 1.000 euro x 7 indennità = 7.000 euro.
Importo rimborsato dalla Compagnia per il Sinistro: 7.000 euro.



MODULO DI ADESIONE
alla Polizza Collettiva
 n° 5410/03 tra Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e Cardif Vita S.p.A.
 (copertura assicurativa FACOLTATIVA e NON NECESSARIA per ottenere il finanziamento)

CONTINUITY

POLIZZA COLLETTIVA N. 5410/03

Numero Copertura assicurativa _____

Numero Pratica finanziamento N: _____

Codice Sportello _____

L'Aderente

Ragione Sociale		P. IVA		Sede legale			
Cognome e nome / Legale Rappresentante o Delegato dell'Impresa				Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di Nascita	Cittadinanza	Professione			
Documento*	Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Luogo rilascio			
Indirizzo di residenza		Città	Prov.	CAP	Stato	Telefono	e-mail
Domicilio abituale (se diverso dalla residenza)		Città	Prov.	CAP	Stato		

* 01 = carta d'identità; 02 = patente di guida; 03 = passaporto; 04 = altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio (indicare tipo documento).

Dati relativi all'eventuale Referente da contattare in caso di Decesso per facilitare l'individuazione dei Beneficiari

Cognome e nome				
Indirizzo	Città	Prov.	CAP	Stato
Telefono	E-mail			

Rifiuto di fornire l'indicazione nominativa del Referente (barrare se il cliente rifiuta)

Data di Decorrenza: _____ Durata Copertura (mesi): _____

Durata Ammortamento* (mesi): _____

* in caso di mutui già in essere si intende la durata di ammortamento residua

Somma Assicurata: € _____ Premio Unico: € _____

CONFERMA

- di aver ricevuto in forma cartacea, letto, ben compreso e accettato, prima di firmare questa dichiarazione:
 - i documenti conformi all'Allegato 3, all'Allegato 4 ed all'Allegato 4-ter del Regolamento IVASS 40/2018 e successive disposizioni modificative
 - la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni della Polizza collettiva n° 5410/03
- di sapere che è possibile sottoscrivere l'Assicurazione per un importo inferiore al capitale finanziato
- che è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare la coerenza della Polizza alle richieste ed esigenze di copertura assicurativa
- di sapere che, in caso di Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, il numero delle Indennità mensili non sarà necessariamente uguale al numero delle rate del finanziamento che ancora rimangono da pagare



- di non intrattenere rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli Stati indicati o loro società/entità controllate o partecipate

e, dunque, ADERISCE

alla Polizza collettiva n° 5410/03 indicando come Assicurato il/la sig./ra

Cognome e nome		Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di Nascita	Prov.	Cittadinanza	
Professione	Documento*	Numero	Rilasciato da	Data rilascio	Luogo rilascio
Indirizzo di residenza	Città	Prov.	CAP	Stato	
Domicilio abituale (se diverso dalla residenza)	Città	Prov.	CAP	Stato	

* 01 = carta d'identità; 02 = patente di guida; 03 = passaporto; 04 = altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio (indicare tipo documento).

L'Aderente prende atto di essere tenuto a comunicare, tempestivamente, direttamente a Cardif Vita S.p.A. ed alla Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. per conoscenza, tutte le variazioni dei dati indicati nel presente modulo, compresa l'eventuale sostituzione del legale rappresentante o del delegato firmatario dell'odierno modulo ed a fornire tutte le informazioni eventualmente richieste nel rispetto della normativa vigente, in particolare ai fini antiriciclaggio.

ATTENZIONE: costi per l'Aderente

I costi totali della copertura assicurativa per la durata stabilita sono di _____ euro (di cui _____ euro riconosciuti all'intermediario).

L'importo del Premio relativo alle singole garanzie è indicato all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Le spese di emissione del contratto sono di 76,00 euro. In caso di rimborso del Premio per estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento, le spese di rimborso sono di 12,00 euro.

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente _____

Ai fini dell'efficacia dell'adesione di cui sopra, l'Assicurato

DICHIARA

- di non essere portatore di uno stato di Invalidità Permanente da malattia o infortunio di grado pari o superiore a 34%, riconosciuto da una compagnia di assicurazione o da INPS, INAIL o altro ente preposto (la dichiarazione non riguarda le Invalidità Permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- di non ricevere una pensione di invalidità o non aver presentato domanda per ottenerla (la dichiarazione non riguarda pensioni di invalidità eventualmente riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)
- di aver ricevuto copia dei moduli sanitari eventualmente da lui firmati

ATTENZIONE: le dichiarazioni dell'Assicurato sulle condizioni di assicurabilità e sul suo stato di salute

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima di firmare è necessario verificare che le dichiarazioni, comunicate con il questionario medico o in qualsiasi forma, siano precise e veritiere.



Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo della visita di 230,00 euro è a carico dell'Assicurato (per maggiori informazioni: Servizio Clienti numero verde 800.900.780)

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____
(anche ai fini dell'art. 1919 c.c.)

CLAUSOLE VESSATORIE

L'Impresa Aderente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni sulla copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. 3 "A quali condizioni opera l'Assicurazione?"; 6.2 "Recesso della Compagnia"; 8 "Quali eventi o situazioni sono esclusi dalle coperture?"; 9 "A quanto ammonta l'indennità massima per ogni garanzia?"; 10 "Chi ha diritto all'indennità in caso di sinistro?"; 12 "Come si denuncia un Sinistro?"; 13 "Quando riceverò l'indennità?".

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente _____

DICHIARAZIONI ANTIRICICLAGGIO

Il Legale Rappresentante o Delegato dell'Impresa Aderente (e, se persona diversa, anche l'Assicurato) consapevole della responsabilità penale che può derivare da affermazioni non veritiere, dichiara che:

- tutti i dati e le dichiarazioni che ho fornito corrispondono al vero e sono aggiornati. Sono stati forniti anche per la normativa a contrasto del "riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo" (art. 21.D. Lgs. n. 231/07)
- sono a conoscenza che le mie dichiarazioni sono sottoposte a verifica e a profilatura del rischio (art. 23 "obbligo di astensione" D. Lgs n. 231/07)

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente _____

Firma dell'Assicurato _____
(se diverso dall'Aderente)

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 Unico

ABI	CAB	C/C	Intestatario	Firma del Titolare
_____	_____	_____	_____	_____

LEGGE 193 del 07/12/2023 – Oblio oncologico

Impatti e interventi

Il 2 Gennaio 2024 è entrata in vigore la L. 193 del 07/12/2023 che tutela i diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

Secondo tale disposto di Legge, dal 02/01/2024 *"il cliente non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti)"*.

Di conseguenza, con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) e che, qualora avesse fornito erroneamente tali informazioni, le stesse non potranno essere utilizzate da Cardif per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Pertanto, a fronte della norma illustrata, qualora dovesse risultare totalmente guarito da malattie oncologiche secondo i termini di legge, sarà suo diritto non fornire alcun documento medico inerente tale patologia e/o rispondere negativamente a qualsiasi richiesta di approfondimento.

Qualora dovesse (anche erroneamente) dichiarare una patologia oncologica e allegare documentazione >10 anni / > 5 anni, a seconda dei casi, la stessa non verrà presa in considerazione ai fini della valutazione medico – sanitaria dalla Compagnia.

ALCUNI ESEMPI:

- Assicurato di 24 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche all'età di 16 anni, e alla conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 5 anni. In tal caso, essendo passati almeno 5 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.
- Assicurato di 40 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche, e alla cui conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 10 anni. In tal caso, essendo passati almeno 10 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.

Milano, 05.2024