

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

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: BNL Key Manager Protection – Retail

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza BNL Key Manager Protection è la soluzione assicurativa ideata per garantire la business continuity dell'azienda in caso di perdita di uno o più Key Man a seguito di un infortunio professionale, extraprofessionale o da circolazione che causi invalidità permanente o decesso. L'azienda, attraverso il suo rappresentante legale o un delegato, sottoscrive il contratto, assicurando 1 o più Key Man (fino a un massimo di 5). In caso di sinistro, la Compagnia indennizzerà l'80% della Somma Assicurata all'azienda, riconoscendo una quota parte anche all'assicurato/i coinvolti o, in caso di decesso, ai relativi eredi (20%).



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalità Permanente da Infortunio** superiore al 50%: massimale pari a:
 - Minimo 500.000 €
 - Massimo 1 milione € per persona (per tutti gli altri dipendenti)
 - Massimo 1,5 milioni € per persona (in caso di Dirigenti, Titolari o Soci)Massimale Annuo per persona: pari alla Somma Assicurata
Massimale Annuo di polizza: 7,5 milioni €
Massimo catastofale per evento e per anno: 5 milioni €

- ✓ **Decesso da Infortunio:**
 - Minimo 500.000 €
 - Massimo 1 milione € per persona (per tutti gli altri dipendenti)
 - Massimo 1,5 milioni € per persona (in caso di Dirigenti, Titolari o Soci)Massimale Annuo per persona: pari alla Somma Assicurata
Massimale Annuo di polizza: 7,5 milioni €
Massimo catastofale per evento e per anno: 5 milioni €

- ! Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, , salvo quanto previsto dal precedente Art. 1 n° 12;
- ! i Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'Art.186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- ! Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo non di voli di linea regolari o diversi dal trasporto pubblico e privato passeggeri, esercitato ad esempio da aeroclubs o società private di lavoro aereo;
- ! Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- ! Sinistri derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per finalità di terrorismo;
- ! Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore avvenuta senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora si possa dimostrare che l'Assicurato fosse al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- ! Infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
- ! Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e similari, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- ! pratica di sport aerei in genere e del volo da diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- ! partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- ! Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! conseguenze derivanti da interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dall'Art. 1 n° 8.



Che cosa non è Assicurato

- * persona fisica non titolare, socio o dirigente del Contraente;
- * persona fisica non dipendente del Contraente;
- * cliente con un'età inferiore a 18 anni
- * cliente con età superiore ai 74 anni
- * siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza.



Ci sono limiti di copertura?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- ! Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dal Contraente;



Dove vale la copertura?

- ✓ In tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

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



Come e quando devo pagare?

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente, intrattenuto presso BNL. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il Contraente potrà optare per il frazionamento mensile del Premio in fase di sottoscrizione della copertura, indicando tale scelta nel Modulo di Proposta. L'ammontare del Premio è indicato sul Certificato di Polizza dipende dal numero di Assicurati (fino ad un massimo di 5) e dalla Somma Assicurata prescelta dal Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione Infortuni

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

Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto BNL Key Manager Protection – Retail



Edizione Gennaio 2019
(ultima edizione disponibile)

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BNP Paribas Cardif, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 - Piazza Lina Bo Bardi, n. 3; CAP 20124 Milano; tel. 02.77.22.41; sito internet: www.bnpparibascardif.it - e-mail: servizioclienti@cardif.com; PEC: cardifrd@pec.cardif.it.

Patrimonio netto: 257,005 Milioni di Euro, di cui 16,876 Milioni di Euro di Capitale Sociale e 240,129 Milioni di Euro di Riserve Patrimoniali (dati dall'ultimo bilancio approvato). L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 165% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 808 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 488 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/809429/SFCR+2017+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto di applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Compagnia riconosce una copertura in caso di Invalidità Permanente superiore al 50% che sia conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso all' Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali, impegnandosi a liquidare un indennizzo:

- al Contraente nella misura dell'80% dell'importo totale;
- all'Assicurato per il rimanente 20%.

DECESSO DA INFORTUNIO

La Compagnia riconosce una copertura in caso di Decesso dell'Assicurato che sia conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso all' Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali, impegnandosi a liquidare un indennizzo:

- al Contraente nella misura dell'80% dell'importo totale;
- agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato per il rimanente 20%.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

Opzioni con riduzione del premio

Riduzione del Premio Non sono previste riduzione di premio.

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo

Premio Aggiuntivo La polizza prevede la possibilità di:

- Assicurare da 1 a 5 "uomini chiave" dell'Azienda
- scegliere la Somma Assicurata tra: 500.000 – 750.000 – 1.000.000 – 1.250.000 - 1.500.000



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- × Il Contraente, qualora persona fisica, che non ha la propria residenza in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, che non ha sede legale in Italia;
- × Il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che siano cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- × L'Assicurato che non ha il proprio domicilio abituale in Italia;
- × il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- × Il Titolare effettivo del Contraente, in caso esso sia una persona giuridica, residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- × Il Contraente che intrattiene 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 stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate.



Ci sono limiti di copertura?

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio prevede una franchigia assoluta pari al 49%.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

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

Cardif – Back Office Protezione – Ufficio Sinistri
Casella Postale 421
20123 Milano (MI)
fax 02 30329810

email: documentisinistriprotezione@cardif.com

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

Può inoltre denunciare online il sinistro sul sito www.bnpparibascardif.it.

La denuncia deve avvenire entro 10 giorni da quello in cui si è verificato l'Infortunio e deve contenere la documentazione specifica:

Invalidità Permanente

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

Decesso

Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo in caso di Decesso, dovranno essere trasmessi alla Compagnia:

- fotocopia dei Documenti di Identità di ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica) e Fotocopia del Documento di Identità dell'Assicurato;
- richiesta di Liquidazione effettuata e firmata singolarmente da ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica);
- certificato di morte dell'Assicurato;
- Polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa.

Inoltre:

- copia del Verbale dell'Autorità (Carabinieri, Polizia, ecc.) eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso, oppure in caso di morte in ospedale, la copia autenticata della cartella clinica;
- sentenza dell'Autorità Giudiziaria sull'esito del relativo procedimento istruttorio (archiviazione o individuazione di eventuali responsabilità).

Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Obblighi dell'impresa

La Compagnia, ricevuta la documentazione completa e effettuata la necessaria valutazione provvederà al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni.



Quando e come devo pagare?

Premio

Il Premio è indicato nel Modulo di Polizza e comprende l'imposta di Assicurazione.

Rimborso

Il rimborso del premio avviene al netto delle imposte nei seguenti casi:

- perdita dei requisiti di assicurabilità;
- esercizio del diritto direcesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP.

Sospensione

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di emissione del Certificato di Polizza compilando l'apposito modulo fornito dal Promotore BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano (MI)
Fax: 02 30329809

email: lineapersone@cardif.com

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

| | |
|--------------------|--|
| Risoluzione | Cardif può recedere dall'assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Cliente o Cardif possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata. |
|--------------------|--|



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a tutti i clienti persone giuridiche con un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.



Quali costi devo sostenere?

- **costi di intermediazione**
35% del premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|----------------------------------|--|
| All'impresa assicuratrice | E' possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail 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 7722 4265 E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it . La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. |
| All'IVASS | Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS: IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206 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. L' Autorità di vigilanza del paese di origine di Cardif Assurances Risques Divers è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html . |

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

| | |
|--|--|
| Mediazione | 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 | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |
| Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | L'autorità di vigilanza o al sistema competente dello stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: www.ec.europa.eu/fin-net). In caso di controversia di natura medico legale sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente nonché sull'applicazione dei criteri di accertamento del grado di invalidità, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, l'Assicurato e la Compagnia hanno la facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio medico di tre periti medico legali, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio. |

POLIZZA BNL KEY MANAGER PROTECTION
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

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

Assicurato: persona fisica portatrice del rischio coperto dall'assicurazione e che intrattiene un rapporto di lavoro o di società con il Contraente. L'Assicurato può essere titolare, socio, dirigente o altro dipendente del Contraente.

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

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

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

Beneficiario: soggetto avente diritto all'indennizzo

Certificato di Polizza: documento predisposto dalla Compagnia ai fini del perfezionamento dell'Assicurazione.

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

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni dieuro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Contraente: persona giuridica titolare e/o cointestatario di un conto corrente intrattenuto presso la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (per brevità, "BNL"), che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del Premio alla Compagnia tramite addebito sul conto medesimo.

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

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una Invalidità Permanente o il decesso dell'Assicurato.

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

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

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

Modulo di Proposta: modulo sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurando/i con il quale il Contraente, in qualità di proponente, manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Parti: Contraente, Assicurato e Compagnia.

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

Promotore BNL: specialista nella vendita di prodotti finanziari, abilitato alla vendita di prodotti assicurativi.

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

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

Somma assicurata: il capitale assicurato, prescelto dal Contraente e pari all'indennizzo previsto ai fini delle garanzie

Invalidità Permanente da Infortunio o Decesso da Infortunio.

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



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 Oggetto della copertura

La Compagnia, nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce una copertura in caso di Invalidità Permanente o Decesso dell'Assicurato che siano conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali, impegnandosi a liquidare un indennizzo secondo quanto previsto all'Art. 3 e con le ripartizioni indicate all'Art.28.

La Somma Assicurata relativamente alle predette coperture è indicata nel Certificato di Polizza e deve essere la medesima per ogni Assicurato. In particolare, con riguardo al singolo Assicurato, tale Somma Assicurata non potrà essere modificata per tutta la durata dell'Assicurazione, ivi compresi gli eventuali rinnovi.

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

Sono considerati Infortuni e compresi nell'Assicurazione:

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

La copertura comprende anche gli Infortuni che derivano da:

9. colpa grave dell'Assicurato;
10. aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e salvo il caso di legittima difesa;
11. atti di temerarietà dell'Assicurato esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana;
12. a parziale deroga del successivo Art. 6 lettera c stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via semplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, sempre che si tratti di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
13. movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali avvenuti al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato;
14. utilizzo, da parte dell'Assicurato, in qualità di passeggero ed al fine di trasporto pubblico o privato, di mezzi subacquei e di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, fatte salve le esclusioni indicate all'Art. 6 lettera l;

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

Art. 2 Condizioni di assicurabilità

Sono assicurabili le persone fisiche che rivestano i ruoli di seguito indicati:

- persona fisica titolare, socio o dirigente del Contraente. In tal caso può essere sottoscritta una Somma Assicurata pari o superiore a 500.000,00 Euro sino a massimo di 1.500.000,00 Euro, come prescelta dal Contraente;
- persona fisica dipendente del Contraente con qualifica differente da titolare, socio o dirigente. In tal caso può essere sottoscritta una Somma Assicurata pari o superiore a 500.000,00 Euro sino a massimo di 1.000.000,00 Euro, come prescelta dal Contraente.

Gli Assicurati devono altresì avere, alla data di sottoscrizione dell'Assicurazione, un'età non inferiore a 18 anni e non superiore a 74 anni. Il raggiungimento di tale limite di età nel corso della durata dell'Assicurazione comporta la cessazione della copertura assicurativa riferita a quello stesso Assicurato alla fine dell'Anno Assicurativo in corso al momento del compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età, con possibilità per il Contraente di effettuare la sostituzione ai sensi dell'Art. 5, ovvero di ottenere il ricalcolo del Premio di rinnovo.

Fermo il limite di cinque soggetti assicurabili per singolo contratto, il Contraente ha la facoltà di sostituire gli Assicurati indicati nel Certificato di Polizza o modificarne il numero secondo le modalità descritte all'Art. 5.

Per ciascun soggetto indicato nel Certificato di polizza dovrà essere prevista la medesima Somma Assicurata.

In ogni caso non possono accedere alla copertura assicurativa offerta dalla Compagnia i soggetti che siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV o tossicodipendenza.

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

Il Contraente si impegna a consegnare copia della documentazione contrattuale, comprese eventuali e successive modifiche o integrazioni a ciascun Assicurato, nonché a trasmettere ogni informazione utile all'esercizio del diritto di quest'ultimo.

2.1 Condizioni al momento dell'adesione

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

- il Contraente ha sede legale in Italia
- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia
- il Titolare Effettivo del Contraente o l'Assicurato non sono cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- il Titolare Effettivo del Contraente non è residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- il Contraente o l'Assicurato non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)
- il Contraente (persona giuridica) non intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea, Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate

2.2 Condizioni durante l'Assicurazione

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

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia
- gli Stati di cui il Titolare Effettivo del Contraente e l'Assicurato erano cittadini al momento dell'adesione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui il Titolare Effettivo del Contraente e l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza dopo l'adesione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- Il Contraente mantiene la propria sede legale in Italia
- Lo Stato in cui il Contraente 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 oppure lo stato in cui il Contraente 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 il Titolare Effettivo del Contraente 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 restituirà al Contraente la parte di Premio non goduta relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte, come indicate nel Modulo di Proposta. Se non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

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

Inoltre l'Assicurazione non opera nemmeno per sinistri che si verificano dopo il trasferimento della residenza in o l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, 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 cittadinanza originaria) da parte del Titolare effettivo del Contraente.

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

Art. 3 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

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

A. Copertura assicurativa per Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente derivante da Infortunio spetta unicamente qualora l'invalidità sia accertata entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e risulti di grado pari o superiore al 50%.

In tal caso la Compagnia liquida un Indennizzo corrispondente all'intera Somma Assicurata indicata nel Certificato di Polizza.

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente viene effettuato sulla base della "*Tabella delle Invalidità*" (e eventualmente della "*Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva*") di cui all'Allegato A e B delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

1. in caso di mancinismo, per la valutazione delle menomazioni degli arti superiori, le percentuali relative al lato destro e sinistro vengono invertite;
2. la perdita totale dell'uso funzionale di un organo o arto viene equiparata alla perdita anatomica;
3. nel caso di minorazioni, ovvero perdita funzionale parziale anziché totale, le percentuali sono calcolate entro il massimo previsto per la perdita totale ed in proporzione alla funzionalità perduta. Inoltre, nel caso di minorazioni visive e auditive, si procederà alla quantificazione tenendo conto della possibilità di applicazione di apparecchi correttivi o ausiliari;
4. nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, derivanti da unico infortunio, si procederà alla somma delle singole lesioni fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
5. in caso di menomazioni e minorazioni di più organi, arti o loro parti si procederà alla somma delle percentuali di Invalidità Permanente per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
6. l'assicurazione opera con riferimento alle sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio e, pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana; in

caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di Invalidità Permanente le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

7. in caso di menomazione o minorazione di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali della tabella sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.

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

B. Copertura assicurativa per Decesso

In caso di Decesso derivante da Infortunio, qualora questo si verifichi entro due anni dal giorno stesso in cui si è verificato l'Infortunio, la Compagnia liquida l'intera Somma Assicurata indicata nel Certificato di Polizza.

Art. 4 Massimo catastrofale

In caso di evento che colpisca contemporaneamente più Assicurati, il massimo esborso a carico della Compagnia non potrà superare la somma complessiva di 5.000.000,00 Euro per evento e – in ogni caso - per anno.

Fermi i limiti ed i termini stabiliti nel Certificato di Polizza, con riferimento alla quota di indennizzo non riconosciuta al Contraente, tale somma andrà ripartita in modo equivalente tra gli Assicurati coinvolti.

Art. 5 Variazione delle persone assicurate

Il Contraente, in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, ha la facoltà di indicare fino a 5 (cinque) soggetti quali Assicurati per i rischi coperti dall'Assicurazione. Inoltre, nel corso della durata dell'Assicurazione ed in occasione, in particolare, di ogni scadenza annuale, il Contraente ha la facoltà di variare, **fermo il numero massimo di 5 (cinque) soggetti assicurabili**, l'indicazione già fatta, potendo pertanto ridurre o incrementare il numero degli Assicurati oppure sostituire uno o più degli stessi.

La comunicazione della variazione comporta la modifica degli Assicurati in relazione all'Anno Assicurativo successivo con effetto dal primo giorno dello stesso e deve essere effettuata dal Contraente compilando l'apposito modulo fornito dal Promotore BNL ovvero inviando una lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 20, almeno 60 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo.

Il Contraente, ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia la perdita dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2 (ad esempio in caso di dimissioni, licenziamento, decesso nei casi non rientranti nella copertura assicurativa, etc.) che avvenga dopo la Data di Decorrenza. La comunicazione, da effettuarsi ai recapiti e con le modalità di cui all'art. 20, dovrà avvenire tempestivamente e comunque entro il termine dell'anno assicurativo durante il quale sia avvenuto il cambiamento.

In tal caso l'Assicurazione cessa la sua efficacia al termine dell'anno assicurativo in cui è avvenuto detto cambiamento.

Sono coperti i sinistri occorsi tra la data della perdita del requisito di assicurabilità e il termine dell'anno assicurativo in cui è avvenuto il cambiamento.

Qualora la Compagnia venga a conoscenza della perdita del requisito di assicurabilità in occasione del Sinistro senza averne ricevuto comunicazione dal Contraente nei termini previsti, non sarà tenuta a liquidare il Sinistro medesimo.

Nei casi di insorgenza, nel corso della durata del contratto, di alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV o tossicodipendenza, troverà applicazione l'art. 1898 C.C.

Si precisa che:

- ogni modifica che comporti una variazione nel numero delle persone Assicurate implicherà una variazione del Premio totale corrisposto dal Contraente, secondo la tariffa in vigore al momento della variazione stessa;
- ogni modifica che comporti una sostituzione di uno o più Assicurati, senza una variazione nel numero totale degli stessi, non implicherà alcuna variazione di Premio;
- il raggiungimento del limite di età di 75 (settantacinque) anni da parte di taluno degli Assicurati implica la cessazione automatica della copertura con riferimento allo stesso Assicurato alla fine dell'Anno Assicurativo in corso al momento del compimento del 75° anno di età, senza necessità dunque di

comunicazione da parte del Contraente. Il Premio verrà ricalcolato secondo il numero di Assicurati, salvo l'esercizio della facoltà di sostituzione degli stessi.

Art. 6 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per i Sinistri occorsi nelle seguenti circostanze o condizioni:

- a) Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- b) atti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato o dal Contraente;
- c) Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 1 n° 12;
- d) i Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'Art.186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- e) Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo non di voli di linea regolari o diversi dal trasporto pubblico e privato passeggeri, esercitato ad esempio da aeroclubs o società private di lavoro aereo;
- f) Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- g) Sinistri derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per finalità di terrorismo;
- h) Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore avvenuta senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora si possa dimostrare che l'Assicurato fosse al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- i) Infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
- j) Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e similari, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- k) pratica di sport aerei in genere e del volo da diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- l) partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- m) Infortuni che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- n) conseguenze derivanti da interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dall'Art. 1 n° 8.

Art. 7 Perfezionamento dell'Assicurazione

L'Assicurazione si perfeziona con l'emissione del Certificato di Polizza. In particolare:

- a. qualora la somma Assicurata relativa a ciascun Assicurando sia inferiore o pari a 1.000.000,00 Euro l'emissione del Certificato di Polizza avviene a seguito della sottoscrizione del Modulo di Proposta da parte del Contraente insieme con ciascun Assicurando. In tal caso la proposta di copertura del Contraente è preaccettata dalla Compagnia;
- b. qualora la somma Assicurata relativa a ciascun Assicurando sia superiore a 1.000.000,00 Euro (importo selezionabile solo in caso di Assicurando che sia Titolare, Socio o Dirigente), l'emissione del Certificato di Polizza avviene a seguito della sottoscrizione del Modulo di Proposta da parte del Contraente insieme con ciascun Assicurando ed è inoltre subordinata alla valutazione del Contraente effettuata in tempo reale dalla Compagnia

Art. 8 Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data indicata nel Certificato di Polizza. Il Contraente si impegna a comunicare tale data a ciascun Assicurato.

La copertura assicurativa ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, ove il Contraente o l'Assicuratore non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta. La disdetta potrà essere effettuata dal Contraente compilando l'apposito modulo fornito dal Promotore BNL ovvero inviando una lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 20 (farà fede la data di sottoscrizione apposta sul modulo al momento della consegna al Promotore di BNL ovvero timbro postale), almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo, ovvero delle successive scadenze annuali.

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

In relazione agli Assicurati, la copertura assicurativa ha termine, esclusivamente con riferimento a ciascuno di essi:

- alla data di liquidazione del sinistro, fermo restando l'obbligo, per il Contraente, di corrispondere l'intero ammontare di premio fino a scadenza, secondo le modalità e i termini previsti dal contratto;
- alla fine dell'Anno Assicurativo in corso al momento del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, salva comunque la possibilità per il Contraente di effettuarne la sostituzione ai sensi dell'Art. 5;
- alla fine dell'Anno Assicurativo in corso nei casi in cui venga comunicata la perdita di un requisito di assicurabilità, come previsto dall'art.5, ad esclusione dei casi di alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV o tossicodipendenza, per i quali troverà applicazione l'art. 1898 C.C.
- se il Contraente recede dal contratto nei termini previsti da queste Condizioni di Assicurazione, con effetto dalla data indicata
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio
- se il Titolare Effettivo del Contraente o l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del legale rappresentante/delegato del Contraente o dell'Assicurato, con effetto dalla data di applicazione.
- se il Contraente perde la propria sede legale in Italia
- se il Contraente 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 vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria del Contraente con effetto dalla data di applicazione.

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

in caso di chiusura del conto corrente - salva la modifica con altro intrattenuto presso BNL - con effetto: i) dalla fine dell'Anno Assicurativo qualora il Contraente abbia optato per il pagamento del Premio in un'unica soluzione anticipata; oppure ii) dalla data della prima scadenza mensile successiva a quella dell'addebito in conto corrente dell'ultimo Premio mensile qualora il Contraente abbia optato per il pagamento del Premio con frazionamento mensile.

Art. 9 Diritto di recesso del Contraente

Il Contraente può recedere dall'assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di emissione del Certificato di Polizza, compilando l'apposito modulo fornito dal Promotore BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

Fax: 02 30329809

email: lineapersone@cardif.com

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

La Compagnia provvederà alla restituzione al Contraente del premio versato, al netto delle imposte. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

Art. 10 Diritto di recesso della Compagnia – Casi particolari

Nell'eventualità in cui il Contraente sia oggetto di procedura concorsuale o fallimentare, la Compagnia si riserva il diritto di recedere entro 60 giorni dalla comunicazione che deve esserle inviata entro 15 giorni dal verificarsi dell'evento. In tal caso la Compagnia restituirà il rateo di premio relativo al periodo in cui la copertura non ha avuto effetto.

La Compagnia può recedere dall'Assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, il legale rappresentante/delegato del Contraente 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 di inoltro della comunicazione .

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 dall'Assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dal legale rappresentante/delegato del Contraente e dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Proposta oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

Art. 11 Premio dell'assicurazione

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

Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto.

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

L'ammontare del Premio è indicato sul Certificato di Polizza dipende dal numero di Assicurati (fino ad un massimo di 5) e dalla Somma Assicurata prescelta dal Contraente.

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

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora la Compagnia, nel termine di 6 (sei) mesi dalla scadenza del termine previsto per il pagamento del Premio o le rateo successivo, non agisca per la riscossione. In tal caso la Compagnia ha diritto al pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 12 Adeguamento automatico del premio e modifica delle condizioni di assicurazione

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

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

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

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

Art. 13 Dichiarazioni relative al rischio

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

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

Il Contraente e l'Assicurato dovranno altresì dare informazione scritta alla Compagnia di ogni diminuzione del rischio.

Art. 14 Altre assicurazioni

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

Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 16 Validità territoriale

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 6, l'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 17 Legge applicabile

Alla Polizza viene applicata la Legge Italiana.

Art. 18 Procedimento di mediazione e foro competente

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

In tal caso, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta di mediazione (con l'indicazione dell'Organismo, delle Parti, dell'oggetto e delle ragioni della pretesa), depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di Cardif - Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano, PEC: cardifrd@pec.cardif.it.

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

Art. 19 Reclami

19.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti 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), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif – Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3
20124 Milano
e-mail: reclami@cardif.com
fax 0277.224.265

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

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, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato alla Compagnia nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'intermediario assicurativo

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

L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente 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

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore
Via del Quirinale 21
00187 Roma
ivass@pec.ivass.it
fax 06.42133206

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

Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico dell'Assicurato;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

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

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

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

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

Art. 20 Comunicazioni

Tranne che per recesso (> art. 9), per i sinistri (> art. 24), per i reclami (>art. 19) e per la privacy (> art. 22) tutte le altre comunicazioni possono essere inviate a mezzo posta o email ai seguenti recapiti:

Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

e-mail servizioclienti@cardif.com

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

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

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

Art. 21 Imposte e tasse

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

Art. 22 - 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, adottate su sua richiesta

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

- 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:

1. prova del pagamento del premio o del contributo;
2. prevenzione delle frodi;
3. adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
4. gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
5. 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;

6. 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;
7. lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
8. formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
9. personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
 - o miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
 - o 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).

10. organizzazione di operazioni 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 ad 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.

Art.23 Documentazione di polizza

Il Contraente accetta che la documentazione relativa all'Assicurazione gli venga fornita su supporto cartaceo o su altro supporto durevole.

Art.24 Denuncia dei sinistri

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

Cardif – Back Office Protezione – Ufficio Sinistri

Casella Postale 421

20123 Milano (MI)

fax 02 30329810

email: documentisinistriprotezione@cardif.com

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

Può inoltre denunciare online il sinistro sul sito www.bnpparibascardif.it.

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

Art.25 Documentazione

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

A. Invalidità Permanente

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

B Decesso

Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo in caso di Decesso, dovranno essere trasmessi alla Compagnia:

- fotocopia dei Documenti di Identità di ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica) e Fotocopia del Documento di Identità dell'Assicurato;
- richiesta di Liquidazione effettuata e firmata singolarmente da ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica);
- certificato di morte dell'Assicurato;
- Polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa.

Inoltre:

- copia del Verbale dell'Autorità (Carabinieri, Polizia, ecc.) eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso, oppure in caso di morte in ospedale, la copia autenticata della cartella clinica;
- sentenza dell'Autorità Giudiziaria sull'esito del relativo procedimento istruttorio (archiviazione o individuazione di eventuali responsabilità).

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

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

In ogni caso, non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o 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.26 Obblighi dell'Assicurato

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

Art.27 Controversie - arbitrato irrituale

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

Art.28 Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

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

- al Contraente nella misura dell'80% dell'importo totale;
- all'Assicurato, in caso di Invalidità Permanente, o agli eredi legittimi e/o testamentari, in caso di Decesso, per il rimanente 20%.

Tutti i pagamenti della Compagnia, effettuati a qualunque titolo, sono:

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

ALLEGATO A - TABELLA DELLE INVALIDITA' (INAIL)

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

| | | |
|----|--|----|
| 56 | Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | 65 |
| 57 | Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato | 55 |
| 58 | Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede | 50 |
| 59 | Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso | 30 |
| 60 | Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso | 16 |
| 61 | Perdita totale del solo alluce | 7 |
| 62 | Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato | 3 |
| 63 | Anchilosi completa rettilinea del ginocchio | 35 |
| 64 | Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto | 20 |
| 65 | Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri | 11 |

NOTE:

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

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

**ALLEGATO B - TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA
(INAIL INDUSTRIA)**

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

NOTE:

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

ULTERIORE NOTA ESPLICATIVA:

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



POLIZZA BNL KEY MANAGER PROTECTION
MODULO DI PROPOSTA

Proposta n° Codice Promotore Codice prodotto

La seguente Proposta si intende valida fino a:

Dati del Proponente

Denominazione Sociale Partita IVA/ Codice Fiscale Stato

Indirizzo e n° civico della Sede Legale Comune Prov. CAP

Dati del Legale Rappresentante

Cognome e nome Codice Fiscale Stato residenza

Data di nascita Luogo di nascita Prov.

Documento identità nr. Tipo documento°

Rilasciato da Luogo e data rilascio

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

Dati della copertura assicurativa

N° Assicurandi:

Somma Assicurata per singolo soggetto:

Importo Lordo del Premio annuale (Euro):

Frequenza pagamento del Premio: in un'unica soluzione

L'importo totale del Premio è proporzionale al numero di Keyman che si intendono assicurare. La quota di Premio necessaria a indennizzare il singolo Assicurato (o gli eredi) relativa al solo Infortunio extraprofessionale è pari al 4% del Premio relativo ad ognuno dei Keyman. Il Premio è soggetto ad imposte assicurative nella misura del 2,50%.

Con l'apposizione della firma in calce il Proponente dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile;
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione, di aver letto e ben compreso la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti - Allegato 3 del Reg. IVASS n. 40/2018; un documento conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS n. 40/2018 e la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (set informativo) (mod. INFBNL0119, edizione Gennaio 2019);
- di impegnarsi a consegnare all'Assicurando/i copia della documentazione contrattuale e del modulo sottoscritto dallo stesso;
- che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare la coerenza della Polizza alle sue richieste ed esigenze di copertura assicurativa;
- di **ACCETTARE** le condizioni contenute nella documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni di cui sopra che regolano la Polizza, così manifestando la volontà di perfezionare la stessa;
- **la VOLONTÀ** di sottoscrivere la copertura assicurativa chiedendo alla Compagnia l'accettazione della presente proposta di assicurazione tramite l'emissione di un Certificato di Polizza;
- che l'Assicurando/i indicato nel presente Modulo di Proposta abbia un rapporto di lavoro o di società con il Proponente, ovvero nello specifico sia titolare, socio, dirigente o dipendente del Contraente;
- di non intrattenere rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea, Regione Crimea e Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stati indicati o loro società/entità controllate o partecipate.

Luogo e Data

Il Rappresentante Legale

.....

.....



Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare: l'Art.2 "Condizioni di assicurabilità", l'Art.3 "Condizioni e prestazioni relative alle prestazioni assicurative", l'Art.4 "Massimo catastrofale", l'Art.5 "Variazione delle persone assicurate", l'Art.6 "Esclusioni", l'Art.8 "Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie", l'Art.9 "Diritto di recesso del Contraente", l'Art.10 "Diritto di recesso della Compagnia – Casi particolari", l'Art.11 "Premio dell'assicurazione", l'Art.12 "Adeguamento automatico del premio e modifica delle condizioni di assicurazione"; la sezione "Gestione del sinistro".

Luogo e Data

Il Rappresentante Legale

.....

.....

Consenso al trattamento dei dati personali

Il Rappresentante Legale dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da Cardiff Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia tramite l'art 22 delle Condizioni di Assicurazione e il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" ivi richiamato, che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data

Il Rappresentante Legale

.....

.....

Modalità di pagamento dei premi

Il sottoscritto _____ titolare e/o cointestatario del conto corrente sotto indicato autorizza la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., ad addebitare sullo stesso conto corrente il premio periodico.

IBAN

Intestatario

Firma del Rappresentante Legale

.....

.....

.....

Resta inteso che l'efficacia dell'assicurazione è subordinata al rispetto dei requisiti stabiliti dalla Compagnia.



**POLIZZA BNL KEY MANAGER PROTECTION
MODULO DI PROPOSTA**

Proposta n°

Codice Promotore

Codice prodotto

Assicurando n° 1

Somma Assicurata:

Cognome e nome

Codice Fiscale

Sesso

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov

Ruolo:

Con l'apposizione della firma in calce l'Assicurando prende atto dell'impossibilità di accedere alla copertura assicurativa qualora lo stesso sia affetto da: alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza; e inoltre dichiara:

- di aver ricevuto copia della documentazione contrattuale e del modulo da lui sottoscritto;
- la VOLONTA' di accettare, ex art.1919 c.c., che il Contraente sottoscriva sulla sua persona la presente copertura assicurativa.

Luogo e Data

L'Assicurando

Consenso al trattamento dei dati personali

L'Assicurando dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da Cardif Assurances Risques Divers – Rappresentanza generale per l'Italia tramite l'art 22 delle Condizioni di Assicurazione e il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" ivi richiamato, che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data

L'Assicurando

Resta inteso che l'efficacia dell'assicurazione è subordinata al rispetto dei requisiti stabiliti dalla Compagnia.