

NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5300/03

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE IMPRESE

Cardif Assicurazioni S.p.A., Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano, Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento dell'ISVAP emesso in data 19.11.1996 pubblicato sulla G.U. del 28.11.1996, n. 279.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGISLAZIONE APPLICABILE

Ai sensi degli art. 180 e 181 del D.lgs n. 209 del 2005, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO E AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Cardif Assicurazioni S.p.A. - Direzione Gestione ed Assistenza Clienti - Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

In sede di conclusione del contratto, gli Assicurati devono fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che gli Assicurati rilascino dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.

PRESCRIZIONE

Per gli Assicurati i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di pagamento del premio, dandone comunicazione all'Assicuratore, per il tramite della Contraente, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Si invita l'Assicurato a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le garanzie incluse e quelle escluse nelle coperture assicurative, la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Assicurato: la persona fisica, assicurabile ai sensi delle condizioni di assicurazione, che in relazione a un contratto di Mutuo erogato dalla Contraente, ha aderito alla Polizza e per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratore: Cardif Assicurazioni S.p.A., con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, capitale sociale € 48.550.000, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996). Reg. Imp. n° 355176 Trib. Milano – P.I. 11552470152 – R.E.A. n° 1475525. Società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di Cardif S.A.

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

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei propri clienti, che siano intestatari, cointestatari, fideiussori o garanti di Mutui concessi dalla stessa Banca.

Data di Decorrenza: data in cui la garanzia assicurativa prevista dalla Polizza ha effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui la garanzia assicurativa prevista dalla Polizza non ha più effetto.

Debito Residuo: debito in linea capitale del Mutuo risultante alla data del Sinistro con esclusione di eventuali importi di rate insolute.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Domanda di copertura: il documento con il quale l'Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alle Polizze.

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

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

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, l'Assicuratore presta le garanzie.

Modulo di Adesione: il documento con il quale l'Assicurato aderisce alla Polizza.

Mutuo: finanziamento garantito da ipoteca concesso da BNL ai fini dell'acquisto o della ristrutturazione di un immobile.

Parti: Contraente, Assicurato, Assicuratore.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5300/03 stipulata tra Contraente e Assicuratore.

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

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

Somma assicurata: la somma indicata nel Modulo di Adesione per cui è prestata la copertura.

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato la garanzia **Copertura per Decesso**, tutte cause.

Art. 2 Requisiti di assicurabilità e ammissione alla copertura assicurativa

Art. 2.1 Requisiti di assicurabilità

E' assicurabile la persona fisica che:

- ha sottoscritto, ovvero sia il cointestatario, il fideiussore o il garante di un contratto di Mutuo concesso dalla Contraente, con durata di ammortamento non superiore a 480 mesi, con frazionamento mensile o semestrale e periodo residuo di preammortamento alla Data di Decorrenza non superiore a sei mesi;
- ha firmato la Dichiarazione di Buono Stato di Salute ovvero il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica, secondo quanto indicato al successivo art. 2.2 "Formalità di ammissione";
- alla data di sottoscrizione della Domanda di Copertura non ha ancora compiuto i :
 - i 66 anni d'età, in caso di copertura abbinata ad un mutuo di nuova erogazione;
 - i 56 anni d'età, in caso di copertura abbinata ad un mutuo già in essere.

Per una stessa operazione di Mutuo è possibile assicurare fino ad un massimo di tre persone.

La massima somma assicurabile per ogni persona è pari a Euro 520.000,00 tenendo conto del cumulo di ogni altra Somma Assicurata dall'assicurando con l'Assicuratore.

Art. 2.2 Formalità di ammissione

L'assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Domanda di Copertura.

La Domanda di Copertura ha validità pari a 180 giorni dalla data della sua sottoscrizione; pertanto, la copertura assicurativa non sarà efficace qualora la Data di Decorrenza della copertura, come individuata in base alle presenti Condizioni di Assicurazione, cada successivamente al 180° giorno dalla data di sottoscrizione della Domanda di Copertura.

L'assicurando dopo aver sottoscritto la Domanda di Copertura, in funzione della Somma Assicurata complessiva* e della sua età al momento di sottoscrizione della Domanda di Copertura, dovrà alternativamente, così come previsto dalla tabella sotto riportata:

- sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
- compilare il Questionario Medico;
- fornire il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

Somma Assicurata Complessiva*	Età dell'assicurando da 18 o a 60 anni	Età dell'assicurando da 61 a 65 anni
fino a Euro 200.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute (mod. DBS/03/07)	Questionario Medico (mod. QM/03/07)
da Euro 200.000,01 a Euro 300.000,00	Questionario Medico (mod. QM/03/07)	Questionario Medico (mod. QM/03/07)
da Euro 300.000,01 a Euro 520.000,00	Rapporto Visita Medica (mod. VM/03/07)	Rapporto Visita Medica (mod. VM/03/07)

* Ai fini delle informazioni di carattere sanitario da fornire, si dovrà tener conto del cumulo di eventuali altre somme assicurate dall'assicurando con l'Assicuratore.

Relativamente alla modalità assuntiva Dichiarazione di Buono Stato di Salute, nel caso in cui l'assicurando non ritenga di poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Medico. Analogamente, con riferimento alla modalità assuntiva Questionario Medico, l'assicurando, qualora lo preferisse, potrà fornire il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

In caso di sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, la copertura si intende accettata da parte dell'Assicuratore a seguito della stessa sottoscrizione.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico e del Rapporto di Visita Medica essi sono inviati dall'assicurando all'Assicuratore per il tramite della Contraente. In questo caso, l'Assicuratore si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. In tali casi, l'Assicuratore si impegna a comunicare tempestivamente, e comunque entro sette giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione sanitaria completa richiesta, l'accettazione o il rifiuto del rischio all'assicurando e, per conoscenza, alla Contraente.

L'adesione alla Polizza Collettiva si perfeziona, indipendentemente dalla modalità assuntiva effettuata dall'assicurando, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 3 Decorrenza, Durata e Cessazione delle garanzie

Art. 3.1 Data di Decorrenza delle garanzie

Le garanzie decorrono dalle ore 24.00 della data indicata nel campo "data di decorrenza" sul Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.

Art. 3.2 Durata delle garanzie

Fatto salvo quanto previsto agli Artt. 3.2.1, 3.2.2. e 3.2.3, la durata delle garanzie previste dalle Polizze è pari al periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza indicata nel Modulo di Adesione e la data prevista per il pagamento dell'ultima rata di rimborso del mutuo.

Art. 3.2.1 Termine del mutuo successivo al compimento del 76° anno di età

Qualora la data prevista per il pagamento dell'ultima rata di rimborso del mutuo sia successiva al compimento del 76° anno di età dell'Assicurato, la durata delle garanzie è limitata al periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza indicata nel Modulo di Adesione e la data del compimento del 76° anno di età dell'Assicurato.

Art. 3.2.2 Durata della garanzia in relazione al periodo di ammortamento indicato nel Modulo di Adesione

Qualora non vi sia coincidenza tra la data prevista per il pagamento dell'ultima rata di rimborso del mutuo e la data di termine dell'ammortamento desumibile dal Modulo di Adesione, la durata della garanzia è pari al periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza indicata nel Modulo di Adesione e la data di termine dell'ammortamento desumibile dal Modulo di Adesione.

Art. 3.2.3 Mutui con durata di ammortamento variabile

Per i mutui che prevedano la possibilità di modifica della durata (rata fissa e tasso e durata variabili), eventuali estensioni della durata dell'ammortamento del mutuo non modificheranno la durata delle garanzie determinata al momento dell'adesione.

Art. 3.3 Cessazione delle garanzie

Le garanzie hanno termine:

- alle ore 24 della data di termine del periodo di ammortamento indicato nel modulo di adesione;
- in caso di sinistro pagato.

Art. 3.4 Estinzione anticipata del mutuo o accollo

In caso di estinzione anticipata dell'intero importo del mutuo o in caso di accollo, le coperture assicurative rimarranno in vigore ed il beneficiario risulterà la persona indicata dall'Assicurato (la prestazione sarà calcolata in base al piano di ammortamento iniziale originariamente sottoscritto).

In questi casi, è concessa all'Assicurato facoltà, da esercitarsi entro trenta giorni dalla data di estinzione o dell'accollo, di recedere dalla Polizza. Qualora ciò avvenga, all'Assicurato sarà rimborsato il rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione, al netto dei costi di acquisizione, secondo la formula di seguito precisata:

$$R = P \times [((N - K - 2) \times (N - K - 1)) / (N \times (N + 1))] \times 0,53$$

Dove:

R: importo da rimborsare

P: premio imponibile anticipato corrisposto

N: durata originaria della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K: durata del periodo di copertura assicurativa goduta espressa in mesi interi.

L'importo da rimborsare sarà trattenuto dalla Contraente fino a compensazione del debito derivante dall'eventuale contratto di finanziamento sottoscritto tra l'Assicurato e la Contraente per il pagamento del premio.

Art. 4 Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di pagamento del premio, dandone comunicazione ad uno degli Assicuratori per il tramite della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative del Pacchetto Assicurativo, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della lettera di recesso.

L'importo da rimborsare sarà trattenuto dalla Contraente fino a compensazione del debito derivante dall'eventuale contratto di finanziamento sottoscritto tra l'Assicurato e la Contraente per il pagamento del premio.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alla copertura assicurativa

La copertura assicurativa vengono prestate alle condizioni specificate di seguito :

Copertura assicurativa per Decesso

(I) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'Art. 6 - "Esclusioni", il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa,

senza limiti territoriali e senza tener conto della professione dell'Assicurato.

(II) Prestazione

L'Assicuratore liquida una Prestazione, pari ad una quota del Debito Residuo, calcolata in proporzione al rapporto esistente tra la Somma Assicurata e:

- l'intero importo di capitale finanziato del Mutuo, in caso di mutuo di nuova erogazione
- l'importo del debito residuo del mutuo calcolato al momento dell'adesione, in caso di mutuo già in essere al momento dell'adesione.

Nei casi descritti negli artt. 3.2.1 e 3.2.2 l'Assicuratore liquida una Prestazione, pari ad una quota del Debito Residuo, calcolata sulla base di un piano di ammortamento francese, a frazionamento mensile, determinato con riferimento alla Somma Assicurata, alla durata di ammortamento indicate nel Modulo di Adesione e ad un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%.

Art. 6 Esclusioni

La copertura è esclusa nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- d) infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) infortuni già verificatisi e malattie già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze, per gli assicurati che hanno sottoscritto la Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
- g) infortuni già verificatisi e malattie già note o diagnosticate alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze se non dichiarate all'Assicuratore, per gli assicurati che hanno compilato il Questionario o si sono sottoposti a Visita Medica.
- h) Infortuni e Malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- i) Infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- j) Infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- k) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile è la Banca Nazionale del Lavoro, sino a concorrenza debito residuo relativo al Mutuo di riferimento e all'eventuale contratto di finanziamento sottoscritto tra l'Assicurato e la Contraente per il pagamento del premio.

Per l'eventuale importo che, alla data del sinistro, ecceda il debito residuo relativo al Mutuo di riferimento e all'eventuale contratto di finanziamento sottoscritto tra l'Assicurato e la Contraente per il pagamento del premio, Beneficiario è la persona che l'Assicurato ha facoltà di designare nel Modulo di Adesione.

L'importo spettante alla Banca Nazionale del Lavoro quale Beneficiario irrevocabile viene definito come risultante dalla posizione debitoria dell'Assicurato, redatta e comunicata dalla BNL medesima all'Assicuratore.

L'Assicuratore si intende pertanto sollevato da qualsiasi responsabilità in ordine ad eventuali contestazioni o eccezioni avanzate dall'Assicurato e/o da terzi nei suoi confronti, in riferimento alla definizione di tale importo.

Per effetto della designazione, i Beneficiari acquistano un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

La designazione dei Beneficiari, in relazione all'importo che alla data del sinistro ecceda il debito residuo relativo al

Mutuo di riferimento e all'eventuale contratto di finanziamento sottoscritto tra l'Assicurato e la Contraente per il

pagamento del premio, può essere revocata o modificata in qualsiasi momento, tranne nei seguenti casi:

- dagli eredi dopo la morte dell'Assicurato ovvero dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto di voler profittare del beneficio;
- dopo che l'Assicurato abbia rinunciato per iscritto al potere di revoca ed il Beneficiario abbia dichiarato di voler profittare del beneficio.

Le modifiche relative alla designazione del Beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'Assicuratore per il tramite della Contraente.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il premio è unico, anticipato, e dipende dalla Somma Assicurata e dalla durata della copertura.

Tale Premio è determinato applicando alla Somma Assicurata il tasso lordo complessivo indicato in tabella, moltiplicato per il numero di mesi corrispondenti alla durata della copertura.

Tasso di premio Lordo
0,021%

L'ammontare totale del premio unico è indicato sul Modulo di Adesione.

Art. 9 Massimale

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è pari a € 520.000,00.

Art. 10 Denuncia dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif Assicurazioni S.p.A. – Gestione Linea Persone – Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano, anche per il tramite della Contraente. L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero **800.070.988**

L'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritiene necessaria per la corretta valutazione del sinistro.

In particolare:

Gli aventi causa dell'Assicurato dovranno fornire all'Assicuratore i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia.

Per le richieste di liquidazione da parte di altri Beneficiari differenti dalla Banca Nazionale del Lavoro, devono essere prodotte:

- Fotocopia del documento di identità di ciascun Beneficiario;
- Fotocopia del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo compilato di identificazione del percipiente;
- Copia autentica del testamento oppure, in mancanza, atto notorio a firma di uno dei Beneficiari attestante l'assenza di testamento con indicazione nominativa dei Beneficiari.

In ogni caso la Banca Nazionale del Lavoro è tenuta a presentare:

- Prospetto relativo alla situazione debitoria, risultante alla data del sinistro, del Mutuo e dell'eventuale finanziamento sottoscritto per il pagamento del premio, o dichiarazione di insussistenza di posizione debitoria.

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

In ogni caso, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere:

- ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro;
- copia del Contratto di finanziamento.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

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

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

Art. 11 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Imposte ed Oneri Fiscali

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi alla Polizza sono a carico dell'Assicurato.

Art. 13 Legge Applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 14 Comunicazioni

Fatto salvo quanto sopra nell'art. 10 e sotto nell'art 19, tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Assicuratore, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Linea Persone - Largo Toscanini 1 – 20122 Milano, fax n. 02-77.224.261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 15 Estensione Territoriale

La garanzia ha validità in tutti i paesi del mondo.

Art. 16 Cessione dei diritti

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

Art. 17 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 18 Foro competente

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

Art. 19 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto: a Cardif Assicurazioni S.p.A. – Direzione Gestione e Assistenza Clienti - Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano – n° fax 02.77.224.265 – indirizzo e-mail: reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Art. 20 Tutela Dati - Informativa

Cardif Assicurazioni S.p.A (di seguito la "Società") in qualità di Titolari del trattamento dei suoi dati personali, La informa, ai sensi dell'Art 13 del Dlgs 196 del 2003, sul loro utilizzo e sui Suoi diritti, affinché Lei possa consapevolmente esprimere il Suo consenso.

I Suoi dati personali (forniti da Lei o da terzi) sono trattati per le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali sia alla gestione dei rapporti con la clientela, sia al fine di dare esecuzione al rapporto contrattuale (es. acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti da contratti conclusi con la clientela, liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge etc.);
- b) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo (ad esempio, la legge c.d. "Antiriciclaggio", le Circolari emanate dall'Isvap in relazione allo svolgimento dell'attività assicurativa).

Con riferimento ai dati che la legge definisce "sensibili", in quanto dai medesimi si possono desumere convinzioni religiose, filosofiche, politiche, o di altro genere, o informazioni in merito allo stato di salute della clientela, si precisa quanto segue. La Società tratta i Suoi dati sensibili limitatamente a quanto necessario per la fornitura di specifici servizi da Lei richiesti o per la gestione di alcuni Suoi rapporti con la Società, solo con il Suo consenso o previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati sensibili.

Il trattamento dei Suoi dati avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei Suoi dati.

All'interno della nostra Società possono venire a conoscenza dei Suoi dati personali, come Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti o i collaboratori anche esterni adibiti a servizi e soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa", nonché strutture, interne ed esterne, che svolgono per conto delle Società compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali, servizi informatici, spedizioni) e di controllo aziendale.

Per il perseguimento delle suddette finalità la Società possono comunicare i Suoi dati a soggetti, anche esteri, appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: - riassicuratori; soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, di cui fa parte la Società, o comunque controllate o collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Società; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla /dalla clientela (per es imbustamento, gestione della posta elettronica); soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela (per es per telefono); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società anche nell'interesse della clientela.

I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Società) utilizzeranno i dati ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Società "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La Società non diffonde i Suoi dati personali.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati trattati presso la Società e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del *Codice*, può rivolgersi a Cardif Assicurazioni S.p.A., in persona del Direttore Generale, pro-tempore, nella sua qualità di *Responsabile del trattamento dati di clienti e marketing*, domiciliato per la funzione presso la sede di Largo Toscanini n. 1, 20122