

NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5244/02

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA ASSICURATRICE

Cardif Assurances Risques Divers s.a. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, Capitale Sociale di Euro 13.440.000,00, P.IVA. 089166500153, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011.

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 Assurances Risques Divers S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - 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 Giudiziarica, 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.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Garanzia Perdita d'Impiego per giustificato motivo oggettivo: l'indennità non verrà corrisposta nei casi in cui la notifica di perdita di impiego avvenga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza.

Garanzia Malattia Grave: qualora il sinistro avvenga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza, l'Assicuratore non procederà ad alcun indennizzo.

PRESCRIZIONE

Per gli Assicurati i diritti derivanti dalle polizze 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 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 Assurances Risques Divers s.a. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, Capitale Sociale di Euro 13.440.000,00, P.IVA. 089166500153, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011.

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

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

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

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza hanno effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza non hanno più effetto.

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

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

Grande Intervento Chirurgico: gli interventi chirurgici indicati all'Art. 5 lettera B.

Franchigia assoluta: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

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

Indice di Karnofsky: scala multidimensionale per valutare l'autonomia funzionale residua nei pazienti oncologici, espressa dallo specialista ospedaliero curante del paziente.

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

Invalidità Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, in misura pari o superiore al 60%, della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

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

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.

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

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

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni

educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

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

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

Malattie Gravi: le seguenti malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale terminale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene).

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.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico come determinati nelle definizioni sopra indicate. Sono altresì considerati Non Lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Parti: Contraente, Assicurato, Assicuratore.

Perdita d'Impiego: la perdita del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" indipendentemente dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato.

Piano di Ammortamento Francese: piano di ammortamento con rata costante costituita sia da quota capitale che da quota interessi, senza periodo di preammortamento.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5244//02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

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

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

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 le seguenti garanzie:

- **Copertura per Invalidità Totale e Permanente** a seguito di Infortunio o Malattia, per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro** a seguito di Infortunio o Malattia, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici;
- **Copertura per Perdita d'Impiego**, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- **Copertura per Malattia Grave**, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.

Art. 2 Requisiti di assicurabilità e ammissione alla copertura assicurativa

Art. 2.1 Requisiti di assicurabilità

E' assicurabile la persona fisica che:

- abbia sottoscritto o sia il cointestatario, il fideiussore o il garante di un contratto di Mutuo concesso dalla Contraente, con durata d'ammortamento non superiore a 480 mesi, con frazionamento mensile o semestrale, sia titolare della Polizza Progetti Sereni o Serenity Basic abbinata al contratto di Mutuo e con un 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 66 anni d'età.

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'assicurato 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 dalla Polizza 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. In ogni caso, la durata delle sole garanzie Perdita d'Impiego e Malattie Gravi, è limitata ai primi 10 anni a partire dalla data di decorrenza indicata nel Modulo di Adesione.

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 in relazione alle garanzie Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave.

Le garanzie Perdita d'Impiego e Malattie Gravi hanno, inoltre, termine in ogni caso:

- alla fine del decimo anno dalla data di Decorrenza.

Art. 3.4 Estinzione anticipata del mutuo o accollo

In caso di estinzione anticipata dell'intero importo del mutuo o in caso di accollo, la copertura assicurativa rimarrà in vigore ed il beneficiario risulterà l'Assicurato.

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 all'Assicuratore per il tramite della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative 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 alle coperture assicurative

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

A Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia

(I) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 "Esclusioni", il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente derivante da Infortunio o Malattia di grado non inferiore al 60%, senza limiti territoriali e senza tener conto della professione dell'Assicurato.

Il grado di invalidità permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

(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'importo del debito residuo del finanziamento calcolato 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 indicata nel Modulo di Adesione e ad un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%.

Come data del Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento e in caso di Malattia, la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

In ogni caso la prestazione sarà corrisposta al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza.

B Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

(I) Assicurati garantiti

Tutti gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici.

(II) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 "Esclusioni", il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro che si verifichi quando l'Assicurato esercita effettivamente una attività lavorativa regolare.

Lo stato di Inabilità Temporanea e Totale, a seguito di Infortunio e Malattia dovrà essere conseguenza diretta di un Ricovero con intervento chirurgico che comporti una degenza pari ad almeno 8 (otto) giorni continuativi oppure di un Ricovero per Grande Intervento Chirurgico. E' considerato Grande Intervento Chirurgico uno degli interventi di seguito elencati:

Capo

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi.
- Operazioni endocraniche per ascesso o ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo - meningocele.
- Talamotomia - pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale

Faccia e bocca

- Interventi demolitivi per neoplasie del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per neoplasia benigna o mista della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Tiroidectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

Torace

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Pleuropneumectomia.
- Tiroidectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia toracica

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per asportazione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto - polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero - venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto - coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)

Esofago

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago.
- Idem per tumori, resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro - digiunale per ulcera peptica post anastomotica.
- Intervento per fistola gastro - digiuno - colica.

Intestino

- Colectomia totale.
- Resezione ileo - cecale con linfadenectomia.

Retto-Ano

- Amputazione del retto per via addomino - perineale in uno o più tempi.
- Resezione anteriore retto - colica.

Fegato

- Resezione epatica.
- Epatico - coledotomia.
- Papillotomia per via trans - duodenale.
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos - portale per via addominale.

Pancreas - Milza

- Intervento di necrosi acuta del pancreas.
- Intervento per cisti e pseudo - cisti.
- Enucleazione di cisti.
- Marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - totale o della testa;
 - della coda.
- Anastomosi porta - cava spleno renale, mesenterico cava.

(III) Franchigia

La copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro è sottoposta ad una Franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio della Franchigia corrisponde alla data di Ricovero ospedaliero (data accadimento sinistro).

(IV) Prestazione

Durante il periodo di Inabilità, l'Assicuratore corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza successivamente alla Franchigia, un'Indennità mensile consistente in una quota della rata mensile (o del frazionamento mensile delle rate con diversa periodicità) calcolata in base al rapporto esistente tra Somma Assicurata e l'importo del debito residuo del mutuo calcolato al momento dell'adesione.

Nei casi descritti negli artt. 3.2.1 e 3.2.2, durante il periodo di Inabilità, l'Assicuratore corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza successivamente alla Franchigia, un'Indennità mensile 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%.

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

C Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

(I) Assicurati garantiti

Tutti gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.

(II) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 "Esclusioni", il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave, in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza, quali le sotto elencate patologie.

– ICTUS

Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Devono residuare deficit neurologici permanenti clinicamente accertati.

– CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti che comporta la perdita dell'autonomia nella misura definita dall'indice di Karnofsky pari o inferiore al 50%.

ATTACCO CARDIACO

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata.

La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori:

- anamnesi di precordialgia tipica
- nuove alterazioni elettrocardiografiche
- aumento degli enzimi cardiaci

– PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO

Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, ma escluse l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.

– INSUFFICIENZA RENALE TERMINALE

Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, che rende necessaria l'emodialisi anche in paziente già sottoposto a trapianto renale.

– TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI

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

(III) Carenza

Qualora la Malattia Grave insorga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza, non verrà corrisposto alcun indennizzo.

(IV) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Prestazione, pari ad una quota del Debito Residuo, calcolata in proporzione al rapporto esistente tra la Somma Assicurata e l'importo del debito residuo del mutuo calcolato 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%.

Come data del sinistro si intende la data di prima diagnosi della Malattia Grave.

D Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

(I) Assicurati garantiti

Tutti gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e risultino assunti da almeno sei mesi.

(II) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 "Esclusioni", il rischio assicurato è la disoccupazione totale a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(III) Franchigia e Carenza

La garanzia per il caso di Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni.

L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

La copertura assicurativa per il caso di Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 3 mesi. Qualora dunque il licenziamento venga notificato all'Assicurato entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza, l'Indennità non verrà corrisposta.

(IV) Prestazione assicurativa

Durante il periodo di disoccupazione, l'Assicuratore corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza successivamente alla Franchigia, un'Indennità mensile consistente in una quota della rata mensile (o del frazionamento mensile delle rate con diversa periodicità) calcolata in base al rapporto esistente tra Somma Assicurata e l'importo del debito residuo del mutuo calcolato al momento dell'adesione.

Nei casi descritti negli artt. 3.2.1 e 3.2.2, durante il periodo di disoccupazione, l'Assicuratore corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza successivamente alla Franchigia, un'Indennità mensile 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%.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto.

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

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse 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;
- l) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- m) licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- n) dimissioni;
- o) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- p) licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- q) cessazioni, alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
- r) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- s) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- t) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- u) messa in Mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di Mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- v) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile è la Banca Nazionale del Lavoro, sino a concorrenza del 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 l'Assicurato.

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.

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 indicato in tabella, moltiplicato per il numero di mesi corrispondenti alla durata della copertura.

Tasso di premio Lordo
0,0106%

L'ammontare totale del premio unico, indicato sul Modulo di Adesione, è comprensivo dell'imposta di assicurazione.

Art. 9 Massimale

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

- per le garanzie Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave: € 520.000,00;
- per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro: € 2.500,00 per indennità mensile. La prestazione è limitata inoltre ad un massimo di 12 indennità mensili per sinistro e ad un massimo di 36 indennità mensili per la durata della copertura.
- per la garanzia Perdita d'Impiego: € 2.500,00 per indennità mensile. La prestazione è limitata inoltre ad un massimo di 24 indennità mensili per sinistro e ad un massimo di 24 mensilità per la durata della copertura.

Art. 10 Denuncia dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif Assurances Risques Divers S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia - 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, i documenti necessari per ciascuna garanzia sono:**

Invalidità Totale e Permanente

I documenti che l'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno fornire all'Assicuratore sono i seguenti:

- certificazione di invalidità totale e permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) ovvero, in assenza della predetta certificazione, un certificato di un medico legale, al fine di appurare i postumi che saranno comunque valutati secondo i criteri di cui all'art. 5 punto B (I);
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero oppure in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Al verificarsi del sinistro, e così allo scadere di ogni periodo di inabilità certificato dal medico, l'Assicurato dovrà presentare all'Assicuratore i seguenti documenti:

- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante
- certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica.

La copertura è valida solo se l'Assicurato, al momento del sinistro, è un Lavoratore Autonomo o un Lavoratore Dipendente Pubblico. L'Assicuratore dunque si riserva la possibilità di richiedere documentazione rilasciata dall'autorità amministrativa o da associazioni di categoria nonché al datore di lavoro per i Lavoratori Dipendenti Pubblici.

Malattia Grave

I documenti che l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore sono i seguenti:

- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Perdita d'Impiego

I documenti che l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore sono i seguenti:

- Fotocopia integrale del libretto di lavoro autenticata, se esistente;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circostrizionale per l'impiego);
- Fotocopia della lettera di assunzione;
- Fotocopia della lettera di licenziamento;
- CUD rilasciato alla risoluzione dell'ultimo rapporto di lavoro;
- Dichiarazione resa dall'Assicurato che attesti la propria condizione lavorativa alla data del sinistro;
- Certificato di iscrizione alle liste di mobilità o all'Ufficio di collocamento/centro per l'impiego;
- Ultimi due cedolini paga;
- Fotocopia dell'eventuale domanda di disoccupazione all'INPS;
- Qualora percepisca indennità di mobilità, l'attestazione del relativo pagamento;
- Qualora percepisca l'indennità di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria, l'attestazione del relativo pagamento;
- Qualora percepisca l'indennità di disoccupazione, l'attestazione del relativo pagamento.

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'avente diritto alla prestazione è un minore o un maggiore interdetto la richiesta di liquidazione dovrà essere sottoscritta da chi ne esercita la potestà o dal Tutore. Prima di procedere alla liquidazione l'Assicuratore dovrà ricevere il 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 alle Polizze, 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 Assurances Risques Divers, Rappresentanza generale per l'Italia – 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 Assurances Risques Divers – Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito le "Società") in qualità di Titolare 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 della Società compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali, servizi informatici, spedizioni) e di controllo aziendale.

Per il perseguimento delle suddette finalità la Società può 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 dalle Società "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. Le Società non diffondono i Suoi dati personali.

Si sottolinea come, nel caso in cui i suoi dati venissero trasferiti ad un soggetto estero, gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia.

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:

a Cardif Assurances Risques Divers S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Largo Toscanini n. 1, 20122 Milano.