

PROTEZIONE

MUTUO EASY E FULL

Ed. 01/2019

POLIZZA COLLETTIVA N° 020000163

Copertura Assicurativa collettiva e FACOLTATIVA abbinata ai Mutui di Nuova erogazione o in essere.

Il presente Set Informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
- Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Multirischi)
- Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario
- Modulo di proposta – Fac-simile
- Informativa sul trattamento dei dati personali

CNP Caution S.A. – Sede legale 4, Place Raoul Dautry – Parigi
Capitale sociale: € 258.734.553 – **Rappresentanza generale per l'Italia** – Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 – Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

CNP Assurances S.A. - Sede legale 4, Place Raoul Dautry – Parigi –
Capitale sociale: € 686.618.477 - **Rappresentanza generale per l'Italia**
- Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 04341440966 – Rea C.C.I.A.A. Milano 1740904

Il Set Informativo deve essere consegnato all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta .

CONTENUTI

DIP VITA

Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

DIP DANNI

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Comprehensive di Glossario

FAC-SIMILE MODULO DI PROPOSTA

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (SET INFORMATIVO) E CONTRATTUALE (MODULO DI PROPOSTA E LETTERA DI CONFERMA), VERRANNO CONSEGNATE ALL'ADERENTE/ASSICURATO IN FORMATO CARTACEO, COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E IL CONTRAENTE.

DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE PER I PRODOTTI ASSICURATIVI
VITA DIVERSI DAI PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI

DIP VITA

(VERSIONE 01/2019)

DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO ASSICURATIVO

DIP DANNI

(VERSIONE 10/2018)

DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI
ASSICURATIVI MULTIRISCHI **DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**

(VERSIONE 01/2019)

POLIZZA CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Compagnia:
CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:
Protezione Mutuo easy e full 2019

Data di realizzazione: **1 GENNAIO 2019**
Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Garanzia Vita Decesso, prevista dalla Polizza Collettiva n. 020000163, congiuntamente alle Garanzie Danni, è abbinabile ai Mutui di nuova erogazione o in essere ed è dedicata alle Persone Fisiche. Questa Garanzia assicura la possibilità di far fronte al pagamento del debito residuo del Mutuo sottoscritto con la Banca.



CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO A, B, C

✓ **Decesso** per qualsiasi causa

Nel rispetto dei massimali previsti e in proporzione al Capitale Iniziale Assicurato:

✓ la Compagnia corrisponderà un importo pari al debito residuo in linea capitale che, alla data del DECESSO dell'Assicurato, residua dal rapporto di Finanziamento, escludendo eventuali rate insolte scadute prima dell'evento.

- ✗ da conseguenza diretta e indiretta di questi ultimi
- La polizza non copre gli eventi:
- ✗ occorsi durante o in conseguenza dell'esercizio di attività sportive o lavorative ritenute pericolose.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le coperture assicurative presenti operano in via alternativa e non sono cumulabili.

La Compagnia limita la prestazione:

! al debito residuo, fino ad un massimo di **euro 500.000** in caso di DECESSO.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

! Il DECESSO (a seguito di malattia) avviene **nei primi 60 giorni** dalla decorrenza della Polizza.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

La polizza non copre se gli eventi assicurati sono causati:

- ✗ volontariamente;
- ✗ da fatti conosciuti prima della stipula del contratto;



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che l'Aderente/Assicurato mantenga la residenza in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- All'atto dell'adesione alla polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del contratto, il Questionario Medico e il Modulo di Adesione;
- L'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.
- L'Aderente/Assicurato deve comunicare tempestivamente, per iscritto, alla Compagnia la perdita dei requisiti di Assicurabilità;
- L'Aderente/Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il Premio:

- è Unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.
- è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione della durata del Mutuo e del Pacchetto Assicurativo (Garanzie Vita e Danni) sottoscritto;
- è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta;
- è addebitato sul conto corrente dell'Aderente, contestualmente all'emissione della Lettera di conferma.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa avrà una durata pari alla durata/durata residua del Mutuo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, con un limite massimo variabile in funzione del Pacchetto sottoscritto. Il contratto si perfeziona e la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno di stampa della lettera di conferma, fermo restando che l'efficacia delle Coperture è subordinata al pagamento del premio.

Le Coperture terminano:

- In caso di risoluzione per mancato pagamento del Premio.
- In caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- in caso di Decesso dell'Assicurato;
- qualora la Compagnia corrisponda il debito residuo del Mutuo in caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- in caso di accollo, trasferimento, estinzione anticipata totale del Mutuo qualora l'Aderente/Assicurato non richieda di mantenere la Copertura;
- nel caso di perdita dei requisiti di assicurabilità;
- Alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO, REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

L'Aderente/assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzioni.

POLIZZA CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni



Compagnie:

CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

CNP Caution S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: **Protezione Mutuo easy e full**

VERSIONE OTTOBRE 2018

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Le Garanzie Danni previste dalla Polizza Collettiva n. 020000163, congiuntamente alla garanzia Vita Decesso, sono abbinabili ai Mutui di nuova erogazione o in essere e sono dedicate alle Persone Fisiche. Queste Garanzie assicurano il pagamento del debito residuo ovvero delle rate del Mutuo stipulato (contratto) con la Banca.



CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO A

- ✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio o Malattia

PACCHETTO B

(sottoscrivibile solo da Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto di almeno 16 ore lavorative settimanali)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio
- ✓ **Perdita d'Impiego** involontaria

PACCHETTO C

(sottoscrivibile solo da Lavoratori diversi dal Dipendente di Azienda Privata e Non Lavoratori)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Malattia Grave**

PACCHETTO D

- ✓ **Invalidità Totale Permanente** da infortunio
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Malattia Grave**

Nel rispetto dei massimali previsti e in proporzione al Capitale Iniziale Assicurato:

- ✓ In caso di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**, la Compagnia corrisponderà un importo pari al **Debito Residuo in linea capitale**, escludendo eventuali rate insolute scadute prima dell'evento;
- ✓ In caso di **PERDITA D'IMPIEGO**, **RICOVERO OSPEDALIERO** o **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**, la Compagnia corrisponderà le **rate in scadenza** rispettivamente durante il periodo di Disoccupazione, Ricovero e Inabilità;
- ✓ In caso di **MALATTIA GRAVE** la Compagnia corrisponderà **una somma corrispondente** al controvalore di **12 rate** ovvero **8 rate**, in funzione della durata del Mutuo.

e con età **superiore a 76 anni non compiuti** alla scadenza del Mutuo (Pacchetto A) ovvero a **71 anni non compiuti** (Pacchetti B, C, D).

La polizza non copre se gli eventi assicurati sono causati:

- ✗ volontariamente;
- ✗ da fatti conosciuti prima della stipula del contratto;
- ✗ da conseguenza diretta e indiretta di questi ultimi

La polizza non copre gli eventi:

- ✗ occorsi durante o in conseguenza dell'esercizio di attività sportive o lavorative ritenute pericolose.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le coperture assicurative presenti operano in via alternativa e non sono cumulabili.

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al debito residuo, fino ad un massimo di **euro 500.000** in caso di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**;
- ! ad un massimo di **12 rate mensili** del Mutuo per sinistro e **36** per l'intera durata contrattuale, ciascuna per un importo **massimo pari a euro 2.000** in caso di **PERDITA D'IMPIEGO**, **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA** e **RICOVERO OSPEDALIERO**;
- ! a **12 rate mensili** del Mutuo, ciascuna di importo massimo **pari a euro 2.000**, pagate in un'unica soluzione, in caso di **MALATTIA GRAVE**, per Mutui di durata ≤ a 120 mesi;
- ! a **8 rate mensili** del Mutuo, pagate in un'unica soluzione, ciascuna di importo massimo **pari a euro 2.000**, in caso di **MALATTIA GRAVE**, per Mutui di durata > a 120 mesi.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! Il grado di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** accertata è **inferiore al 66%**;
- ! l'accertamento (a seguito di malattia) dell'**INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** avviene nei primi **60 giorni** dalla decorrenza della Polizza;
- ! La **PERDITA D'IMPIEGO** avviene **nei primi 90 giorni** dalla decorrenza della Polizza e/o lo stato di Disoccupazione o mobilità non perdura per almeno **30 giorni**;
- ! L'Assicurato non ha ripreso a svolgere un'attività lavorativa come dipendente di Azienda Privata per almeno **180 giorni** dalla precedente **PERDITA D'IMPIEGO** per la quale siano state pagate dalla Compagnia una o più rate del Mutuo.

(continua)



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza:

- ✗ coloro che non sono titolari di un mutuo nuovo o in essere;
- ✗ I soggetti residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ I soggetti con età **inferiore a 18 anni**;
- ✗ I soggetti con età **superiore a 61 anni non compiuti** al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione



CI SONO LIMITI DI COPERTURA? (continua)

- ! L'INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da malattia avviene **nei primi 60 giorni** dalla decorrenza della Polizza e/o non perdura per **almeno 30 giorni**;
- ! L'Assicurato non ha svolto per **almeno 180 giorni** consecutivi un'attività lavorativa a seguito di una precedente INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA dovuta a stessa causa ovvero **30 giorni** in caso di causa differente, per la quale la Compagnia abbia già rimborsato una o più rate del Mutuo.
- ! L'INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA avviene nei **12 mesi successivi** alla data di diagnosi della Malattia;
- ! Il RICOVERO OSPEDALIERO da malattia avviene **nei primi 60 giorni** dalla decorrenza della Polizza e/o ha una durata **inferiore o uguale a 7 giorni**;
- ! Il RICOVERO OSPEDALIERO avviene prima che siano trascorsi **180 giorni** da un eventuale precedente ricovero dovuto a stessa causa ovvero **30 giorni** in caso di causa differente, per il quale la Compagnia abbia già rimborsato una o più rate del Mutuo.
- ! La MALATTIA GRAVE viene diagnosticata ovvero l'Assicurato presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi delle malattie gravi coperte, **nei primi 90 giorni** dalla decorrenza della Polizza.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che l'Aderente/Assicurato mantenga la residenza in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- All'atto dell'adesione alla polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del contratto, il Questionario Medico e il Modulo di Adesione;
- L'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.
- L'Aderente/Assicurato deve comunicare tempestivamente, per iscritto, alla Compagnia la perdita dei requisiti di Assicurabilità;
- L'Aderente/Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il Premio:

- è Unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.
- è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione della durata del Mutuo e del Pacchetto Assicurativo (Garanzie Vita e Danni) sottoscritto;
- è comprensivo delle imposte e dell'importo che verrà trattenuto dalla banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta;
- è addebitato sul conto corrente dell'Aderente, contestualmente all'emissione della Lettera di conferma.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa avrà una durata pari alla durata/durata residua del Mutuo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, con un limite massimo variabile in funzione del Pacchetto sottoscritto. Essa decorre dalle ore 24.00 del giorno di stampa della lettera di conferma, fermo restando che l'efficacia delle Coperture è subordinata al pagamento del premio.

Le Coperture terminano:

- In caso di risoluzione per mancato pagamento del Premio.
- In caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- In caso di recesso esercitato a partire dalla quarta ricorrenza annua e con preavviso di 60 giorni dalla fine dell'annualità. In tal caso, il recesso avrà effetto a partire dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto. La copertura Decesso abbinata rimarrà attiva fino a scadenza.
- in caso di Decesso dell'Assicurato;
- qualora la Compagnia corrisponda il debito residuo del Mutuo in caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- in caso di accollo, trasferimento, estinzione anticipata totale del Mutuo qualora l'Aderente/Assicurato non richieda di mantenere la Copertura;
- nel caso di perdita dei requisiti di assicurabilità. In caso di sottoscrizione del pacchetto B, la perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata comporta la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego;
- Alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Aderente/assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.



POLIZZA CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP Aggiuntivo Multirischi)

Compagnia:

CNP Assurances S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia
CNP Caution S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto:

Protezione Mutuo easy e full

Data di realizzazione: **1 GENNAIO 2019**
Il presente DIP aggiuntivo Multirischi è l'ultimo disponibile

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

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

CNP ASSURANCES S.A. Impresa di Assicurazione di diritto francese, costituita in forma di Société Anonyme, (equivalente a una società per azioni di diritto italiano) appartenente al Gruppo Caisse de Depots, presta le Coperture Assicurative previste dalla Polizza Collettiva relative al Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea, al Ricovero Ospedaliero e alla Malattia Grave.

CNP CAUTION S.A., Impresa di Assicurazione di diritto francese, costituita in forma di Société Anonyme, (equivalente a una società per azioni di diritto italiano), presta la Copertura Assicurativa prevista dalla Polizza Collettiva relativa alla Perdita d'Impiego.

Sede Legale delle Compagnie

Direzione Generale in Place Raoul Dautry, 4 - 75716 Parigi (Francia).

Sede Secondaria

Il contratto è stipulato con le Rappresentanze Generali per l'Italia, site in Via Bocchetto, 6; 20123; Milano, Italia.

CNP Assurances S.A. è iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 04341440966.

CNP Caution S.A. è iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 09244420965.

800.222.662; sito internet www.cnpitalia.it; email info@cnpitalia.it; pec cnp@pec.cnpitalia.it.

Estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio e numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione

CNP Assurances S.A. è autorizzata ad esercitare il Ramo Vita e il Ramo Danni ed è stata abilitata con Protocollo IVASS n. 19 04-432707 del 25 Maggio 2004 all'esercizio in regime di stabilimento in Italia con iscrizione al numero I.00048 dell'Elenco delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro sotto il controllo dell'Autorità di Vigilanza francese: Autorité de Contrôle Prudentiel- sito internet: www.banque-france.fr/acp.

CNP Caution S.A. è autorizzata ad esercitare il Ramo Danni ed è stata abilitata con Protocollo IVASS n. 0111388/15 del 07 Settembre 2015 all'esercizio in regime di stabilimento in Italia. È iscritta al numero I.00127 dell'Elenco I dell'Albo Ivass delle Imprese ed è sottoposta al controllo dell'autorità di vigilanza francese: Autorité de Contrôle Prudentiel – sito internet: www.banque-france.fr/acp.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa CNP Assurances S.A al 31/12/2017

Patrimonio netto = 10.829 milioni di euro

Capitale sociale = 687 milioni di euro

Riserve patrimoniali = 10.142 milioni di euro

In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 13,7 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 7,0 mld. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 26,1 mld di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale minimo è pari a 22,6 mld. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: <http://www.cnp.fr/Analyse-investisseur/Les-resultats-de-CNP-Assurances?tab=2&start=0#panel>

L'indice di solvibilità della Compagnia – dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari al 201%.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa CNP Caution S.A al 31/12/2017:

Polizza Collettiva N. 020000163 - Mod. 2.01.C.019.20.1901 - Edizione Gennaio 2019

Patrimonio netto = 482 milioni di euro

Capitale sociale = Euro 259 milioni di euro

Riserve patrimoniali = 223 milioni di euro

L'indice di solvibilità della Compagnia - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari al 416%.

È possibile consultare gli aggiornamenti sul sito internet: www.cnpitalia.it

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA È ASSICURATO?

Ramo Vita

a) **Prestazione in caso di DECESSO:**

La Garanzia Decesso tutte cause prevede:

- In fase di preammortamento una prestazione pari al Capitale Assicurato Iniziale riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- In fase di ammortamento una prestazione pari al debito residuo in linea capitale del Mutuo al momento del Decesso, riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

Ramo Danni

b) **Prestazione in caso di INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE**

La Garanzia Invalidità Totale Permanente prevede:

- In fase di preammortamento una prestazione pari al Capitale Assicurato Iniziale riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- In fase di ammortamento una prestazione pari al debito residuo in linea capitale del Mutuo alla data dell'Infortunio ovvero alla data di diagnosi della Malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente, riproporzionato in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

c) **Prestazione in caso di PERDITA D'IMPIEGO**

La Garanzia è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori Dipendenti di Aziende Private con contratto a tempo determinato o indeterminato almeno pari a 16 ore settimanali.

La Garanzia Perdita d'Impiego prevede:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui, all'importo delle rate in scadenza durante il periodo di disoccupazione riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo delle rate solo interessi in scadenza durante il periodo di disoccupazione riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

d) **Prestazione in caso di INABILITA' TOTALE TEMPORANEA**

La Garanzia è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai Dipendenti di Aziende Private ovvero dai Non Lavoratori.

La Garanzia Inabilità Totale Temporanea prevede:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui, all'importo delle rate in scadenza durante il periodo di inabilità riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo delle rate solo interessi in scadenza durante il periodo di inabilità riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

f) **Prestazione in caso di RICOVERO OSPEDALIERO**

La Garanzia Ricovero Ospedaliero prevede:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui, all'importo delle rate in scadenza durante il periodo di ricovero riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo delle rate solo interessi in scadenza durante il periodo di ricovero riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

g) **Prestazione in caso di MALATTIA GRAVE**

La Garanzia Malattia Grave prevede:

- nel periodo di ammortamento a 12 rate mensili in caso di sottoscrizione del PACCHETTO C o 8 rate mensili in caso di sottoscrizione del PACCHETTO D, riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere);
- nel periodo di preammortamento a 12 rate mensili solo interessi, in caso di sottoscrizione del PACCHETTO C o 8 rate mensili solo interessi, in caso di sottoscrizione del PACCHETTO D, riproporzionate in base al rapporto tra Capitale Assicurato e Importo erogato o Debito residuo (in caso di Mutuo in essere).

Nel caso in cui il numero di rate residue del Mutuo dalla data di diagnosi della Malattia Grave, dovesse essere inferiore a 12, la Compagnia ne limiterà la prestazione all'importo corrispondente.

Ai fini della presente copertura sono considerati indennizzabili - in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza - i sinistri derivanti dalle seguenti patologie:

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- h) sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- i) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
- j) tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

Le Coperture Assicuratriche sopra riportate operano solo se previste dal Pacchetto sottoscritto.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Sono esclusi dalla Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle seguenti Attività Sportive e Lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE:

1. **Alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine > 3.000 metri, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta.**
2. **Speleologia.**
3. **Sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ULM, elicottero, aliante ecc).**
4. **Immersioni subacquee.**
5. **Caccia grossa, safari.**
6. **Equitazione (competizioni equestri).**
7. **Skeleton.**
8. **Rafting.**
9. **Partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore.**
10. **Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa).**
11. **Competizioni ciclistiche.**
12. **Canoa, kayak.**
13. **Pugilato e lotta.**
14. **Atletica pesante.**

**Rischi esclusi:
Attività pericolose**

15. Altri sport comunemente definiti "estremi".

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

1. Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni).
2. Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino.
3. Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore).
4. Carpentieri in metallo.
5. Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali).
6. Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere.
7. Attività che comportano l'utilizzo di altiforni.
8. Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche.
9. Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche.
10. Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico).
11. Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive.
12. Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V.
13. Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo).
14. Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti).
15. Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub).
16. Attività che prevedono lavori di sterramento.
17. Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico).
18. Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori).
19. Attività in alta montagna (es. guide alpine).
20. Addetti al settore petrolifero.
21. Collaudatori di autoveicoli e motocicli.
22. Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo.
23. Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai.
24. Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori).
25. Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).

La Garanzia DECESSO non è operante nei seguenti casi:

- **Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**

Esclusioni della Garanzia DECESSO

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.
- suicidio e tentativi di suicidio avvenuti nel corso dei primi due anni di validità della polizza.

Le Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA e RICOVERO OSPEDALIERO non sono operanti nei seguenti casi:

- Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;

Esclusione dalle garanzie:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**
- **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**
- **RICOVERO OSPEDALIERO**

	<ul style="list-style-type: none"> - gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.
<p>Esclusioni della Garanzia PERDITA D'IMPIEGO</p>	<p>La garanzia Perdita d'Impiego non è operante nel caso in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'assicurato non abbia prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro; - L'Assicurato abbia un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali; - il licenziamento è dovuto a giusta causa; - il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo; - in caso di dimissioni; - il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali; - L'Assicurato, durante la messa in mobilità maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia; - L'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia; - i contratti di lavoro non regolati dalla Legge italiana; - L'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione; - L'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.
<p>Esclusioni della Garanzia MALATTIA GRAVE</p>	<p>La garanzia MALATTIA GRAVE non è operante nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti; - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; - incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo); - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità; - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni; - contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici; - dolo dell'Assicurato; - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; - infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; - i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; - i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza. <p><u>Specifiche esclusioni per il CANCRO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi; - qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione ; - tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno; - tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;

- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aNOMO;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1NOMO dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Specifiche esclusioni per l'INFARTO

- L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.
- Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta.

Specifiche esclusioni per l'ICTUS

- attacco ischemico transitorio (TIA)
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- Disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Specifiche esclusioni per INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

- l'angioplastica a palloncino (PTCA);
- il cateterismo del cuore;
- la risoluzione chirurgica tramite laser;
- tutte le tipologie di tecniche cateterali intra-arteriose;
- le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

Specifiche esclusioni per il TRAPIANTO D'ORGANO

- tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

RAMO VITA Periodi di carenza, limitazioni (franchigie), massimali e rivalse della Garanzia Decesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
RAMO DANNI Periodi di carenza, limitazioni, massimali e rivalse della Garanzia Invalidità Totale Permanente	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Perdita d'Impiego	La Compagnia pagherà un massimo di 12 rate per ricovero e fino ad un massimo di 36 rate nel corso della durata contrattuale.
Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Ricovero Ospedaliero	La Compagnia pagherà un massimo di 12 rate per ricovero e fino ad un massimo di 36 rate nel corso della durata contrattuale.
Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Inabilità Totale Temporanea	La Compagnia pagherà un massimo di 12 rate per ciascun periodo di Inabilità e fino ad un massimo di 36 rate nel corso della durata contrattuale.
Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse della Garanzia Malattia Grave	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri relativi alle Coperture DECESSO, INAVIDITA' TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITA' TOTALE TEMPORANEA e MALATTIA GRAVE devono essere tempestivamente denunciati per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti: **CNP ASSURANCES S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - sinistri@cnpitalia.it

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati:

DECESSO tutte cause (documenti da presentare da parte del Beneficiario)

- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso);
- Certificato del medico che ha constatato il decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale;
- Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente;
- Copia della patente di guida, se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia della prima cartella clinica con cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il Decesso;
- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
- Atto notorio e/o Copia del Testamento, qualora esistente;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO O MALATTIA

- Attestazione di Invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail;
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

Cosa fare in caso di sinistro?

Qualora l'Aderente/Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione eventualmente fornita dagli eredi.

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da INFORTUNIO O MALATTIA

- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relative alla Malattia Grave;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

I sinistri relativi alla Copertura PERDITA D'IMPIEGO devono essere tempestivamente denunciati per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti: **CNP CAUTION S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano sinistri@cnpitalia.it

PERDITA D'IMPIEGO

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia dell'ultima busta paga e, se richiesto, copia del contratto di lavoro;
- Copia del certificato d'iscrizione al Centro per l'Impiego di competenza;
- Scheda professionale o modello C2 - storico rilasciato dal Centro per l'Impiego.
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale del Centro per l'Impiego);
- Estratto conto previdenziale;
- Copia della richiesta di indennità di disoccupazione che accerti l'effettivo accoglimento della domanda da parte dell'INPS;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

L'elenco dei documenti da consegnare ai fini della valutazione del sinistro è altresì contenuto nel Modulo per la denuncia del sinistro ad uso facoltativo messo a disposizione degli interessati presso le Filiali della banca distributrice ovvero sul sito web della Compagnia.

PRESCRIZIONE

Per la garanzia DECESSO i diritti si prescrivono nel termine ordinario di **dieci anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Decorso il predetto termine la Compagnia sarà tenuta a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, PERDITA D'IMPIEGO, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA E MALATTIA GRAVE i diritti si prescrivono in **due anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE:

Le Compagnie, qualora il sinistro risultasse indennizzabile, provvederanno a corrispondere la prestazione entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE

Non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre Compagnie diverse da CNP Assurances S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia e CNP Caution S.A.

ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE

Non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.

L'Aderente e l'Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza.

In particolare, e in relazione a quanto sopra, l'Assicurato deve rispondere in maniera esatta e veritiera alle domande del questionario Medico sottoposto in fase di sottoscrizione del contratto. Le informazioni fornite attraverso il questionario medico rappresentano per la Compagnia, elementi fondamentali per la valutazione del rischio.

Dichiarazioni inesatte o reticenti



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio

Il Premio Unico, dovuto alla Compagnia per le Coperture Assicurative, è indicato nel Modulo di Adesione e viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Aderente al momento dell'emissione della Lettera di Conferma in forza dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto nel Modulo di Adesione. L'incasso del Premio da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

Il premio corrisposto è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%, applicate al premio riferito alle sole garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero, Perdita d'Impiego e Inabilità Totale Temporanea).

Rimborso

L'Aderente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nei seguenti casi:

- 1. Recesso dell'aderente;**
- 2. Recesso della Compagnia;**
- 3. Recesso annuale dalle Garanzie Danni a partire dal quinto anno (solo per la quota parte di premio relativa alle garanzie Danni);**
- 4. Anticipata estinzione parziale del Finanziamento;**
- 5. Anticipata estinzione totale, accollo o trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga;**
- 6. Perdita dei requisiti di assicurabilità;**
- 7. Modifica dello Status di Dipendente di Azienda Privata (solo per la quota parte di premio relativa alla Garanzia Perdita d'Impiego, qualora presente nel Pacchetto sottoscritto).**

La Compagnia restituirà il premio pagato e non goduto al netto dell'imposta di legge pari al 2,50% per la componente relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Totale temporanea, Perdita d'Impiego e Malattia Grave. Solo in caso di Recesso della Compagnia, l'imposta di legge non verrà trattenuta.

Sconti

La Compagnia non applica ulteriori sconti di premio oltre a quello previsto in virtù della durata poliennale del contratto



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata

La Copertura Assicurativa ha una durata poliennale, non è prevista la possibilità di rinnovo a scadenza.

La durata della Polizza varia in funzione del Pacchetto sottoscritto:

- Pacchetto A: durata/durata residua del Mutuo fino ad un massimo di 360 mesi
- Pacchetto B: durata/durata residua del Mutuo fino ad un massimo di 120 mesi
- Pacchetto C: durata/durata residua del Mutuo fino ad un massimo di 120 mesi
- Pacchetto D: durata/durata residua del Mutuo compresa tra 121 e 360 mesi

In virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari all' 8,8% è prevista la facoltà di recedere dalle Garanzie INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA, PERDITA D'IMPIEGO e MALATTIA GRAVE, trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.

Sospensione

Non è prevista la possibilità di sospendere volontariamente le garanzie.



COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Revoca

L'Aderente può revocare la proposta di Adesione, fino al momento in cui non sia venuto a conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia.

Recesso

L'Aderente può recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, senza obbligo di sostituzione, per la componente Vita, con altra Polizza autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), in quanto la Polizza è ad adesione facoltativa.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente il premio pagato al netto dell'imposta di legge.

L'Aderente ha la facoltà di recedere dalle sole Garanzie Danni sottoscritte (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA, PERDITA D'IMPIEGO e MALATTIA GRAVE), trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza. La richiesta di recesso dovrà essere inviata alla Compagnia entro 60 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente il premio pagato e non goduto relativo alle sole Garanzie Danni.

Il suddetto diritto di recesso non si applica alla garanzia vita (Decesso), che resterà in vigore per l'intera durata contrattualmente prevista, fatto salvo il caso in cui la Compagnia eserciti le facoltà di recedere a sua volta dalla garanzia Vita.

L'Aderente deve dare comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R indirizzata a: **CNP ASSURANCES S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia – Ufficio Portafoglio- Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano – portafoglio@cnpitalia.it.

Risoluzione

Non è prevista la possibilità di sospendere il pagamento dei Premi.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche che al momento della sottoscrizione della proposta:

- siano titolari di un conto corrente presso la banca distributrice;
- abbiano richiesto/in essere un Mutuo con la banca;
- siano residenti in Italia;
- abbiano un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 61 anni non compiuti;
- abbiano un'età a scadenza non superiore a 76 anni non compiuti (pacchetto A) ovvero superiore a 71 non compiuti (pacchetti B,C,D);
- abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi che impediscano il completamento del piano previsto dal Mutuo ovvero la continuità nel pagamento delle rate.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

RAMO VITA E RAMI DANNI

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione** delle Coperture Assicurative DECESSO e INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTO TOTALE
In termini di % del premio netto versato
50,80%

I **costi di intermediazione** sono pari alla seguente percentuale:

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali (50,80%)
40,00%	78,74 %

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione** delle Coperture Assicurative RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA, PERDITA D'IMPIEGO e MALATTIA GRAVE, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTO TOTALE
In termini di % del premio netto versato
53,80%

I **costi di intermediazione** sono pari alla seguente percentuale:

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali (53,80%)
40,00%	74,35%

I costi per eventuali visite/esami medici richiesti dalla Compagnia in fase assuntiva sono a carico dell'Aderente cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

Il Presente contratto non è soggetto ad alcuna spesa di emissione.

In caso di rimborso del Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di mutuo, non viene trattenuto alcun costo a titolo di rimborso delle le spese sostenute per l'operazione.

 **SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?** SI NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami riguardanti le Garanzie DECESSO, INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, MALATTIA GRAVE e INABILITA' TOTALE TEMPORANEA dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito: **CNP ASSURANCES S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Bocchetto, 6 - 20123 Milano - Fax: 02/72.60.11.50 - reclami@cnppitalia.it

I reclami riguardanti la Garanzia PERDITA D'IMPIEGO dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito: **CNP CAUTION S.A.** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Bocchetto, 6 - 20123 Milano - Fax: 02/72.60.11.50 - reclami@cnppitalia.it

Le compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06, pec: ivass@pec.ivass.it.

Info su www.ivass.it

Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi per iscritto all'Istituto di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) presso l'Ufficio Reclami con sede in: 61 rue Taitbout - 75436 Paris - Cedex 09 - Francia - corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

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 alla Compagnia.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:
- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI

le somme corrisposte per il caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.

DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di Invalidità Permanente da infortunio o malattia superiore al 5%, danno diritto ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito IRPEF dichiarato dall'Aderente alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Tale detrazione si intende maggiorata relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge”).

AVVERTENZE

IN CASO DI ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE DEL FINANZIAMENTO, OVVERO NEI CASI DI TRASFERIMENTO O DI ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO, LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTILA PARTE DI PREMIO PAGATA RELATIVA AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA, PUOI RICHIEDERE ALLA COMPAGNIA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA.

IN CASO DI ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO, LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI RESTITUITI LA QUOTA PARTE DI PREMIO IN PROPORZIONE ALLA QUOTA DI DEBITO ESTINTO ANTICIPATAMENTE. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE DI MANTENERE IN VIGORE LE COPERTURE FINO ALLA SCADENZA CONTRATTUALE INIZIALE.

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE E SOTTOSCRIVEREIL QUESTIONARIO MEDICO OVVERO IL RAPPORTO DI VISITA MEDICA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL QUESTIONARIO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
(VERSIONE 01/2019)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

PARTE I: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	1 di 23
ART. 1. OGGETTO DEL CONTRATTO: COPERTURE ASSICURATIVE	1 di 23
ART. 2. CAPITALE ASSICURATO INIZIALE E MASSIMALI	2 di 23
ART. 3. CUMULO	2 di 23
ART. 4. PRESTAZIONI IN CASO DI SOTTO-ASSICURAZIONE.....	2 di 23
ART. 5. PRESTAZIONI PREVISTE NEL PERIODO DI PREAMMORTAMENTO	3 di 23
ART. 6. PRESTAZIONI PREVISTE PER MUTUI A DURATA VARIABILE.....	3 di 23
ART. 7. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	3 di 23
ART. 8. OBBLIGHI DI CNP.....	3 di 23
ART. 9. DECORRENZA E TERMINE DELLE GARANZIE	3 di 23
ART. 10. ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL MUTUO	4 di 23
ART. 11. ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL MUTUO.....	4 di 23
ART. 12. LIMITI ASSUNTIVI – FORMALITÀ DI ASSUNZIONE	5 di 23
ART. 13. PAGAMENTO DEL PREMIO	6 di 23
ART. 14. PERDITA DEI REQUISITI DI ASSICURABILITÀ DELL'ADERENTE/ASSICURATO	6 di 23
ART. 15. DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO DALLA COPERTURA ASSICURATIVA	7 di 23
ART. 16. DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA	8 di 23
ART. 17. BENEFICIARI	8 di 23
ART. 18. DENUNCIA DEL SINISTRO	9 di 23
ART. 19. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	10 di 23
ART. 20. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE.....	10 di 23
ART. 21. INADEMPIMENTI E/O RITARDI DELL'ADERENTE/ASSICURATO.....	10 di 23
ART. 22. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	10 di 23
ART. 23. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	10 di 23
ART. 24. IMPOSTE E TASSE.....	10 di 23
ART. 25. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	11 di 23
ART. 26. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	11 di 23
ART. 27. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO	11 di 23
ART. 28. CLAUSOLA LIBERATORIA.....	11 di 23
ART. 29. MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	11 di 23
ART. 30. RECLAMI.....	11 di 23
ART. 31. DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	12 di 23
PARTE II: CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE	12 di 23
ART. 32. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DECESSO (TUTTE CAUSE)	12 di 23
ART. 33. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	13 di 23
ART. 34. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE.....	13 di 23
ART. 35. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI RICOVERO OSPEDALIERO.....	14 di 23
ART. 36. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA MALATTIA GRAVE.....	15 di 23
ART. 37. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO	16 di 23
PARTE III: ESCLUSIONI.....	17 di 23
ART. 38. ESCLUSIONI	17 di 23
GLOSSARIO	20 di 23

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

RELATIVE ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 020000163

L'Assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché dalle previsioni contenute nel Modulo di Adesione e nel Modulo di consenso. I termini utilizzati nelle seguenti Condizioni di Assicurazione hanno il significato attribuito ai medesimi nel Glossario, che forma parte integrante e sostanziale delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'Adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dagli Istituti del Gruppo Banca Popolare di Bari (in seguito "Istituti" "Banche" o "Contraente") con CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (di seguito CNP o Compagnia/e o Assicuratore/i).

La presente Polizza abbinata al Mutuo è facoltativa e non indispensabile all'ottenimento del Mutuo stesso, inoltre può essere stipulata sia per un Mutuo di nuova erogazione sia nel corso di un Mutuo in essere.

PARTE I: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1. OGGETTO DEL CONTRATTO: COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente ha stipulato la presente Polizza Collettiva al fine di consentire all'Aderente/Assicurato di beneficiare, nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, delle Coperture Assicurative.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, verrà proposto all'Aderente/Assicurato il Pacchetto assicurativo che maggiormente soddisfi le sue esigenze di tutela.

Pacchetti Assicurativi	Durata	Target Assicurabile	Coperture
Pacchetto A	Durata/Durata Residua Mutuo con un massimo di 360 mesi	TUTTI	DECESSO Tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto B	Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi	Solo Dipendenti di Aziende Private con contratto \geq 16 ore settimanali	DECESSO Tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + PERDITA D'IMPIEGO (Garanzia Danni)
Pacchetto C	Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi	Lavoratori di tutte le altre categorie lavorative/professionali diverse dal Dipendente di Azienda Privata o Non Lavoratori	DECESSO Tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) +

			MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni) + INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA Da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto D	Durata/Durata Residua Mutuo Superiore a 120 mesi con un massimo di 360 mesi	TUTTI	DECESSO Tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)

Prestazioni

Le Compagnie, per quanto di propria competenza, garantiscono all'Aderente/Assicurato - a fronte dell'adesione e del pagamento del Premio - le prestazioni previste dalle Coperture Assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto, nei limiti delle Condizioni ivi descritte. Le prestazioni relative alle singole garanzie sono dettagliatamente descritte nella Parte II ("Condizioni particolari di Assicurazione"), mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nella Parte III ("Esclusioni") delle presenti Condizioni di Assicurazione. Gli Aderenti potranno aderire a uno dei suddetti PACCHETTI ASSICURATIVI sopra illustrati mediante il Modulo di adesione.

Art. 1.1 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ – ADESIONE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Sono assicurabili le persone fisiche che:

1. Siano clienti degli Istituti al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione e abbiano stipulato con essi un Mutuo;
2. Abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. Abbiano compilato e sottoscritto il Questionario Medico Semplificato o il Questionario Medico Completo e gli stessi siano stati valutati positivamente dalla Compagnia;
4. Siano residenti in Italia;
5. Abbiano sottoscritto un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana (solo in riferimento al Pacchetto B - che considera l'attività lavorativa);
6. Abbiano un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non inferiore a 18 anni, né superiore a 61 anni non compiuti e alla scadenza del Mutuo abbiano un'età non superiore a 76 anni non compiuti (Pacchetto A) ovvero non superiore a 71 anni non compiuti (Pacchetti B, C e D).

ART. 2. CAPITALE ASSICURATO INIZIALE E MASSIMALI

Il capitale inizialmente assicurato viene scelto dall'Aderente/Assicurato in misura pari o inferiore all'importo del Mutuo richiesto, se di nuova erogazione, o al debito residuo del Mutuo in essere risultante al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il Capitale massimo Assicurabile per singola testa è pari a € 500.000.

Qualora l'importo erogato o il Debito Residuo, nel caso di Mutui in essere, superi € 500.000, il Capitale Assicurato sarà limitato a tale importo.

Il Capitale minimo inizialmente Assicurabile non può essere inferiore al 25% dell'importo del Mutuo erogato (Debito Residuo in caso di Mutuo in essere) con un minimo di € 10.000.

In caso di cointestazione del contratto di Mutuo ai sensi del successivo art. 27, il Capitale Assicurato per testa può essere liberamente ripartito tra gli Assicurati fermo restando i limiti sopra riportati.

ART. 3. CUMULO

La Compagnia al momento dell'Adesione effettua verifiche sui limiti di Capitale Assicurato per singola testa tenendo conto della somma dei capitali assicurati di tutte le eventuali coperture di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio morte, sottoscritte tra l'Aderente/Assicurato e CNP. Se la somma dei Capitali (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 500.000 la Compagnia non accetta il rischio.

ART. 4. PRESTAZIONI IN CASO DI SOTTO-ASSICURAZIONE

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo del Mutuo erogato o al Debito Residuo in caso di Mutuo in essere, la prestazione liquidata, in caso di sinistro che si verifica nel periodo di ammortamento del Mutuo, sarà pari:

- al debito residuo del Mutuo alla data del sinistro, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato iniziale e l'ammontare del Mutuo erogato o Debito Residuo in caso di Mutuo in essere per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;

- alla rata mensile del Mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato iniziale e l'ammontare del Mutuo erogato o Debito Residuo in caso di Mutuo in essere per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego. Per la Garanzia Malattia Grave la rata di riferimento in caso di sotto assicurazione sarà calcolata con la medesima modalità.

ART. 5. PRESTAZIONI PREVISTE NEL PERIODO DI PREAMMORTAMENTO

Per i sinistri che si verificano nel periodo di preammortamento dei Mutui, ovvero l'arco di tempo che intercorre tra la data di erogazione e la data di decorrenza del Mutuo, la prestazione erogata dalla Compagnia sarà pari:

- per le garanzie con prestazione in capitale, ovvero Decesso e Inabilità Totale Permanente, al Capitale Assicurato iniziale così come meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione previste per tali garanzie;
- per le garanzie con prestazione in rata, ovvero Perdita d'Impiego, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea e Totale alle sole rate interessi in scadenza nel perdurare della disoccupazione/ricovero/inabilità così come comunicato dall'Istituto alla Compagnia in base alle erogazioni effettuate e meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione previste per tali garanzie.
- per la garanzia Malattia Grave la rata di riferimento è pari alla rata interessi alla data di diagnosi della malattia Grave così come comunicato dall'Istituto alla Compagnia e meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione previste per tali garanzie.

ART. 6. PRESTAZIONI PREVISTE PER MUTUI A DURATA VARIABILE

Per i Mutui che prevedono una durata variabile nel corso del contratto (ad esempio Mutui a rata fissa e tasso e durata variabile o Mutui che prevedono l'opzione di allungamento della durata) la prestazione erogata dalla Compagnia sarà sempre determinata in base al piano di ammortamento originario.

ART. 7. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel rispetto di quanto previsto dal successivo art.12 "Limiti Assuntivi – Formalità di assunzione" e dell'art. 1.2 "Requisiti di assicurabilità", il Contraente si impegna a consentire l'ingresso in assicurazione a tutti coloro con i quali ha stipulato un contratto di Mutuo e che hanno espresso la loro volontà di aderire alla presente Polizza Collettiva con la sottoscrizione del Modulo di Adesione, che il Contraente provvederà a trasmettere a CNP. L'adesione si intende accettata sempre che non sia pervenuto al Contraente e all'Aderente/Assicurato il rifiuto da parte di CNP.

ART. 8. OBBLIGHI DI CNP

CNP rilascia al Contraente, in base alle adesioni da questo fornite, l'elenco degli Assicurati con l'indicazione per ciascuno delle prestazioni garantite e dei premi; tale elenco forma parte integrante della Convenzione. L'elenco è aggiornato mensilmente da CNP in base ai dati forniti dal Contraente. CNP provvede, inoltre, a fornire al Contraente il Set Informativo relativo alla Convenzione che viene consegnato agli Aderenti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

ART. 9. DECORRENZA E TERMINE DELLE GARANZIE

ART. 9.1 DECORRENZA DELLE GARANZIE

Le garanzie assicurate con la presente Polizza Collettiva decorrono dalle ore 24:00 del giorno di stampa della Lettera di Conferma (attivazione della Copertura Assicurativa) inviata al cliente da parte di CNP, a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e non sia pervenuto all'Aderente/Assicurato il rifiuto da parte della Compagnia a causa del mancato rispetto dei limiti assuntivi (di cui all'art.12 cfr) o non vi siano i Requisiti di assicurabilità (di cui all'art.1.2 cfr) o ancora nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze indicate dall'Assicurato nel Questionario Medico.

ART. 9.2 DURATA DEL CONTRATTO E TERMINE DELLE GARANZIE

La durata della Copertura Assicurativa è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di attivazione della stessa e quella di scadenza del Mutuo e non può essere superiore a 360 mesi (30 anni), comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento che non può essere superiore ai 18 mesi.

Le singole coperture hanno comunque termine:

- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata del contratto di Mutuo;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Totale Permanente;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Mutuo, nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della Copertura Assicurativa, inviando apposita comunicazione in Compagnia (vedi artt. 10 e 11 cfr);
- alla data di scadenza della Copertura Assicurativa riportata nella Lettera di Conferma;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle presenti Condizioni di assicurazione.
- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità. In caso di sottoscrizione del pacchetto B, la perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata comporta la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego;
- in caso di risoluzione per mancato pagamento del premio.

Ove, con riferimento a un medesimo contratto di Mutuo, vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi della copertura non pregiudica la continuazione delle Coperture Assicurative a favore degli altri.

ART. 9.3 TERMINE DELLE GARANZIE PER I MUTUI A DURATA VARIABILE

Per i Mutui a rata fissa e tasso e durata variabile la Copertura Assicurativa ha valore per una durata non superiore a quella stabilita dal piano di ammortamento originario del Mutuo. (fermo restando le limitazioni riportate agli articoli precedenti).

ART. 10. ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL MUTUO

In caso di estinzione anticipata parziale del Contratto di Mutuo, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo, e provvederà a rimborsare la quota parte di premio pagato e non goduto entro 30 giorni dalla data di estinzione del mutuo, nella misura corrispondente alla quota estinta.

La Compagnia provvederà alla restituzione all'Aderente/Assicurato della quota parte di Premio di cui sopra, calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

1) Rimborso del Premio Puro:

$$(\text{Premio} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)] * \text{Cap_est} / \text{DR}$$

2) Rimborso dei Costi:

$$\text{Costi} * [(n-t) / n] * \text{Cap_est} / \text{DR}$$

Dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione

n= durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t= permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

DR = debito residuo prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Parziale Mutuo	19/07/2022
Importo dell'estinzione anticipata parziale	€ 10.000
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 60.900
Premio Netto Imposte Pacchetto A	€ 3.148
Costi	€ 2.140,64
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	120
t: permanenza in copertura (mesi interi)	52
Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(3.148 - 2.140,64) * [(120-52) * (120-52+1)] / [120 * (120+1)] * 10.000 / 60.900$
Rimborso dei Costi	$2.140,64 * [(120-52) / 120] * 10.000 / 60.900$
Totale Premio da rimborsare	€ 53,45 + € 199,18 = € 252,63

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

La Compagnia non tratterrà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente versato dall'Aderente/Assicurato, saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al premio medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dalla Compagnia sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del Mutuo, l'indennizzo sarà determinato sulla base del nuovo piano di ammortamento.

La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali non sia stato riproporzionato il capitale assicurato residuo.

In alternativa al rimborso parziale del premio, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto, alla Compagnia, anche utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie alle condizioni originariamente sottoscritte. In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del Prestito, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario.

La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali sia stato riproporzionato il capitale.

ART. 11. ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL MUTUO

In caso di estinzione anticipata totale del Contratto di Mutuo, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del Mutuo, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di estinzione anticipata totale/trasferimento accollo/ del Contratto di Mutuo.

La Compagnia restituirà all'Aderente/Assicurato entro 30 giorni dalla data dell'estinzione, la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

1) Rimborso del Premio Puro: $(\text{Premio} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)] \times \text{Cap_est} / \text{DR}$

2) Rimborso dei Costi: $\text{Costi} * [(n-t) / n] \times \text{Cap_est} / \text{DR}$

Dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione

n= durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t= permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

DR = debito residuo prima dell'estinzione totale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata totale versato dal cliente

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Parziale Mutuo	19/07/2022
Importo dell'estinzione anticipata totale	€ 60.900
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 60.900
Premio Netto Imposte Pacchetto A	€ 3.148
Costi	€ 2.140,64
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	120
t: permanenza in copertura (mesi interi)	52
Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(3.148 - 2.140,64) * [(120-52) * (120-52+1)] / [120 * (120+1)] * 60.900 / 60.900$
Rimborso dei Costi	$2.140,64 * [(120-52) / 120] * 60.900 / 60.900$
Totale Premio da rimborsare	€ 325,52+ € 1213,03 = € 1538,55

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza estinzioni parziali del mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

La Compagnia non tratterrà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente versato dall'aderente/Assicurato saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dalla Compagnia sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato.

In alternativa al rimborso del premio, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, anche utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale.

In tal caso le garanzie rimarranno in essere alle condizioni contrattuali originarie, salvo il caso in cui siano intervenute precedenti estinzioni parziali per le quali sia stato rimborsato il rateo di premio pagato e non goduto.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del contratto di Mutuo, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario. La Compagnia adeguerà l'indennizzo sulla base di eventuali precedenti operazioni di Estinzione Parziale per le quali sia stato riproporzionato il capitale assicurato residuo.

ART. 12. LIMITI ASSUNTIVI – FORMALITÀ DI ASSUNZIONE

L'Aderente/Assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Al momento della sottoscrizione l'Aderente/Assicurato dovrà avere una età compresa tra i 18 ed i 61 anni non compiuti. Non potranno essere assicurati coloro il cui Mutuo scade successivamente alle ore 00:00 del giorno del compimento dei 76 anni (Pacchetto A) ovvero dei 71 anni (Pacchetti B, C e D).

La richiesta di Adesione alla Copertura Assicurativa, rappresentata dal Modulo di Adesione, ha validità pari a 180 giorni dalla data della sua sottoscrizione.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Adesione, completato in ogni parte e firmato dall'Aderente/Assicurato che dovrà inoltre, in base al Capitale Assicurato iniziale, dare indicazioni sul proprio stato di salute rispondendo alle domande del Questionario Medico Semplificato o Completo secondo il seguente schema:

Capitale Assicurato	Modalità di assunzione
Fino a € 200.000,00	Questionario Medico Semplificato
da € 200.000,01 a € 300.000,00	Questionario Medico Completo
da € 300.000,01 a € 500.000,00	Questionario medico completo + Esami Medici

Qualora l'Aderente/Assicurato non sia in grado di rispondere negativamente a tutte le domande del Questionario medico semplificato dovrà compilare il Questionario Medico Completo che verrà valutato dalla Compagnia.

Una volta visionato il Questionario Medico Completo, CNP si riserva il diritto di richiedere all'Aderente/Assicurato, qualora ve ne fosse necessità, di sottoporsi a visite mediche o accertamenti diagnostici, se necessari per una corretta valutazione del rischio.

Il contratto si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato della Lettera di Conferma di CNP con la quale viene accettata l'assunzione, fermo restando che l'efficacia del contratto è subordinata al pagamento del premio.

Diversamente verranno informati del rifiuto, tramite apposita comunicazione, sia l'Aderente/Assicurato che il Contraente.

Il costo degli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Aderente/Assicurato.

Si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere le AVVERTENZE contenute nei questionari medici relativamente alla loro compilazione.

ART. 13. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio dovuto alla Compagnia per le Coperture Assicurative viene versato in un'unica soluzione (Premio Unico Anticipato) e varia in funzione:

- della durata del Mutuo (Durata Residua in caso di Mutui in essere)
- dell'importo del Capitale Assicurato (Debito Residuo in caso di Mutuo in essere)
- del Pacchetto Assicurativo

L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione.

Il Premio viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato in forza dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto, contenuta nel Modulo di Adesione.

L'incasso di tale somma da parte dell'Istituto sarà effettuato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma.

L'incasso del Premio da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

Se il premio non viene pagato, la polizza non si perfeziona e l'efficacia della Copertura Assicurativa non decorre.

Il premio non include il rischio inerente l'esercizio di attività sportive e lavorative ritenute pericolose indicate all'Art. 38 (Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose) delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ciò in quanto la Copertura non interviene qualora il sinistro si verifichi in tali circostanze.

ART. 14. PERDITA DEI REQUISITI DI ASSICURABILITÀ DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Qualora nel corso di validità del Contratto, l'Aderente/Assicurato dovesse perdere i requisiti previsti dalla presente Polizza, (essere Dipendente di Azienda Privata, in caso di sottoscrizione del Pacchetto B, ovvero essere residente in Italia) dovrà comunicare tempestivamente alla Compagnia la perdita dei suddetti requisiti con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail al seguente indirizzo:

CNP Assurances S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

La perdita dello status di Dipendente di Azienda privata determina la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego, la quale non interverrà in caso di sinistro.

La copertura assicurativa rimarrà in vigore per le altre garanzie facenti parte del Pacchetto Assicurativo sottoscritto.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta relativa alla Garanzia Perdita d'Impiego calcolata a partire dalla data nella quale lo stesso ha perso il requisito di assicurabilità, sulla base della seguente formula:

$$P * (n-t)/n$$

Dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e relativo alla sola garanzia Perdita d'Impiego

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza estinzioni parziali del mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2016
Data modifica status lavorativo	19/07/2025

Premio Netto Imposte Garanzia Perdita Impiego	€ 5.133
n (durata Copertura Assicurativa (mesi interi))	120
t (permanenza in copertura (mesi interi))	111
Conteggio	
Rimborso Premio Garanzia Perdita Impiego	€ 5.133,00 x (120-111-1):120 = € 342,20

In caso di modifica della residenza dell'Aderente/Assicurato in uno stato estero, le garanzie cesseranno e la copertura non interverrà in caso di sinistro.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, provvederà ad estinguere la Polizza, e a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale lo stesso ha perso il requisito di assicurabilità, calcolata sommando i risultati delle seguenti formule:

- 1) Rimborso del Premio Puro: $(\text{Premio} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)]$
- 2) Rimborso dei Costi: $\text{Costi} * [(n-t) / n]$

Dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione

n= durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t= permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Data perdita requisito di assicurabilità	19/07/2022
Premio Netto Imposte Pacchetto A	€ 3.148
Costi	€ 2.140,64
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	120
t: permanenza in copertura (mesi interi)	52
Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(3.148 - 2.140,64) * [(120-52) * (120-52+1)] / [120 * (120+1)]$
Rimborso dei Costi	$2.140,64 * [(120-52) / 120]$
Totale Premio da rimborsare	€ 325,52+ € 1213,03 = € 1538,55

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza estinzioni parziali del mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e dei Costi, questi saranno riproporzionati.

Per i PACCHETTI A – C – D

L'Aderente/Assicurato non è tenuto a comunicare alla Compagnia, nel corso della validità del Contratto, alcuna modifica relativa alla sua condizione occupazionale. Le Coperture Assicurative del Pacchetto sottoscritto, di cui alle lettere sopra indicate, continuano ad operare anche nel caso in cui, durante la validità del contratto, l'Aderente/Assicurato abbia iniziato a lavorare come DIPENDENTE DI AZIENDA PRIVATA.

ART. 14.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEL REQUISITO DI ASSICURABILITÀ

I sinistri avvenuti successivamente alla perdita del requisito non verranno indennizzati anche qualora l'Aderente/assicurato non abbia provveduto a darne tempestiva comunicazione alla Compagnia.

Nel caso su indicato permane il diritto dell'Aderente/assicurato a ricevere il rimborso del premio eventualmente pagato e non goduto sulla base di quanto riportato al punto precedente.

ART. 15. DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO DALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'Aderente/Assicurato può recedere, entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, indicata nella Lettera di Conferma, dandone comunicazione a CNP tramite e-mail o con lettera raccomandata a.r. contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il premio pagato al netto dell'imposta di legge.

Art. 15.1 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO DALLE GARANZIE DANNI

Oltre al diritto di recesso di cui all'Art.15, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di recedere per le sole Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego), trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza, in virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari all' 8,8% ai sensi dell'Art. 1899 c.c.. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.

Il suddetto diritto non si applica alla garanzia vita (Decesso), che resterà in vigore per l'intera durata contrattualmente prevista, salvo quanto indicato al successivo art. 15.1.1.

La comunicazione di Recesso, contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata, dovrà essere inviata, entro 60 giorni prima della scadenza dell'annualità, tramite e-mail o con lettera raccomandata A/R indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

La Compagnia restituirà all'Aderente/Assicurato la parte di Premio relativa alle garanzie danni corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sulla base della seguente formula:

$$P * (n-t)/n$$

Dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e relativo alle sole garanzie danni

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi)

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	240
Decorrenza Polizza	01/04/2016
Data ricezione richiesta di recesso	19/07/2021
Premio Garanzie Danni Netto Imposte Pacchetto D	€ 3.448,13
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	240
t (permanenza effettiva in copertura)	63
Conteggio	
Rimborso del Premio Garanzie Danni	€ 3.448,13 x (240-63-1):240 = € 2.528,63

ART. 15.1.1 FACOLTÀ DI RECESSO DELLA COMPAGNIA DALLA GARANZIA VITA

A seguito della richiesta di Recesso dalle Coperture Danni di cui al punto 15.1, la Compagnia avrà a sua volta la possibilità di recedere dalla copertura Vita (DECESSO).

In tal caso la Compagnia provvederà ad estinguere l'intera Polizza con effetto a partire dall'annualità successiva a quella nella quale è stato richiesto il recesso e a rimborsare la quota parte di Premio pagata e non goduta sul c/c dell'Aderente/Assicurato.

L'eventuale recesso della Compagnia, dalla Copertura Vita, verrà comunicato all'Aderente/Assicurato entro 30 giorni prima della scadenza dell'annualità. L'assenza di invio, e quindi la mancata ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato di tale comunicazione, dovrà intendersi come rinuncia della Compagnia di recedere e proseguimento tacito della Polizza con la sola Copertura Vita.

ART. 16. DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA

CNP ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data Decorrenza delle Coperture Assicurative, dandone comunicazione all'Aderente/Assicurato medesimo, con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della posizione assicurata e restituendogli il Premio versato.

ART. 17. BENEFICIARI

L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di designare i Beneficiari per la garanzia Decesso e può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione inviando una comunicazione con lettera raccomandata a.r o via e-mail alla Compagnia ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio

In generale, la designazione del Beneficiario è efficace altresì se lo stesso è determinato solo genericamente, purché sia certamente individuabile.

AVVERTENZA

In caso di mancata indicazione dei dati identificativi del Beneficiario, ovvero del referente terzo, la Compagnia potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dello stesso.

La comunicazione di nomina e revoca o modifica del beneficiario, in qualsiasi forma effettuata, anche per testamento, costituisce un atto unilaterale recettizio, e come tale non potrà essere opposto all'assicuratore fino a che la nomina o revoca o modifica del beneficiario non sia stata comunicata all'assicuratore medesimo.

Il beneficiario dovrà presentare la documentazione necessaria a provare la propria identità.

Relativamente alle Coperture Assicurative diverse dal Decesso gli indennizzi saranno riconosciuti all'Aderente/Assicurato.

ART. 18. DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione, riguardanti le coperture DECESSO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO E MALATTIA GRAVE (se previste dal PACCHETTO ASSICURATIVO acquistato) possono essere inviati mediante posta, fax oppure via e-mail ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione, riguardanti la copertura di PERDITA D'IMPIEGO (se prevista dal PACCHETTO ASSICURATIVO acquistato) possono essere inviati per iscritto ai recapiti di posta, fax oppure e-mail qui indicati:

CNP CAUTION SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

Documentazione per l'istruttoria del sinistro

Ai fini della corretta valutazione del sinistro "Decesso", la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati:

DECESSO tutte cause (documenti da presentare da parte del Beneficiario)

- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso);
- Certificato del medico che ha constatato il decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale;
- Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente;
- Copia della patente di guida, se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia della prima cartella clinica con cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il Decesso;
- Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
- Atto notorio e/o Copia del Testamento, qualora esistente;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

Il Beneficiario si impegna a cooperare in buona fede con la Compagnia fornendo tutta la documentazione di carattere medico – sanitario, di cui fosse già in possesso, riferita al sinistro.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro per ciascuna delle prestazioni sotto elencate, la Compagnia richiede la consegna dei documenti di seguito elencati per singole prestazioni:

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO O MALATTIA

- Attestazione di Invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail;
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

Qualora l'Aderente/Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione eventualmente fornita dagli eredi.

PERDITA D'IMPIEGO

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia dell'ultima busta paga e, se richiesto, copia del contratto di lavoro;
- Copia del certificato d'iscrizione al Centro per l'Impiego di competenza;
- Scheda professionale o modello C2 - storico rilasciato dal Centro per l'Impiego.
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale del Centro per l'Impiego);
- Estratto conto previdenziale;
- Copia della richiesta di indennità di disoccupazione che accerti l'effettivo accoglimento della domanda da parte dell'INPS;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da INFORTUNIO O MALATTIA

- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relative alla Malattia Grave;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri messo a disposizione da CNP. L'Aderente/Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire a CNP di effettuare le valutazioni del caso.

L'Aderente/Assicurato e/o i suoi aventi causa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a:

CNP - SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 19. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

In base alla presente Polizza Collettiva la Compagnia corrisponderà eventuali indennizzi direttamente al Beneficiario delle prestazioni così come identificato all'Art. 17.

ART. 20. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

CNP, a seguito della denuncia di un sinistro per uno degli eventi coperti dalla presente Polizza Collettiva, qualora questo sia indennizzabile, provvederà entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, ovvero all'accertamento dovuto da CNP, nei casi in cui ciò sia previsto, a corrispondere le somme dovute.

In caso di Decesso, la Compagnia corrisponderà la prestazione ai Beneficiari designati, in parti uguali.

ART. 21. INADEMPIMENTI E/O RITARDI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Le presenti garanzie continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Aderente/Assicurato verso l'Istituto in base al rapporto di Mutuo; alla determinazione degli indennizzi dovuti da CNP non concorreranno le rate del Mutuo risultanti non corrisposte dall'Aderente/Assicurato agli Istituti per cause diverse da quelle garantite dalla presente Polizza Collettiva. Gli Istituti provvederanno a comunicare a CNP la parte di debito da indennizzare.

ART. 22. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

CNP rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile.

ART. 23. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il Codice Civile (Art. 2952) dispone che, per le assicurazioni danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego), i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Per le assicurazioni sulla vita (Decesso), i diritti si prescrivono nel termine ordinario di dieci anni, decorsi i quali, le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

ART. 24. IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza Collettiva sono a carico dell'Aderente/Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

ART. 25. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge in materia.

ART. 26. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

In caso di disdetta della presente Convenzione da parte del Contraente o dalla Compagnia resta salvo per ogni Aderente/Assicurato il diritto alle prestazioni per le Adesioni già perfezionate, che verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni di seguito indicate che regolano le singole garanzie assicurate.

ART. 27. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI MUTUO

Le operazioni di Mutuo che prevedono la cointestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza. Resta inteso che in caso di cointestazione potranno essere assicurati fino ad un massimo di quattro cointestatori, ciascuno con la propria Polizza. L'importo del Mutuo erogato, nell'ambito dei massimali assicurati, potrà essere:

- a) ripartito in parti uguali tra tutti i cointestatori;
- b) liberamente ripartito tra tutti i cointestatori
- c) attribuito al 100% a tutti i cointestatori;

La cessazione per uno di essi della copertura non pregiudica la continuazione delle assicurazioni a favore degli altri.

ART. 28. CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Aderente/assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Polizza Collettiva, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o prima del sinistro.

ART. 29. MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al presente contratto saranno devolute ad un tentativo di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione più vicino alla Residenza o, se diverso, del Domicilio Elettivo dall'Aderente.

Per qualsiasi controversia relativa o connessa al presente Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo dell'Aderente.

ART. 30. RECLAMI

Le compagnie sono competenti per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalle Compagnie stesse.

I reclami riguardanti le Garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea (se previste dal PACCHETTO ASSICURATIVO acquistato) dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

CNP ASSURANCES S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.50
reclami@cnpitalia.it

I reclami riguardanti la Garanzia Perdita d'Impiego (se prevista dal PACCHETTO ASSICURATIVO acquistato) e sul rapporto contrattuale relativo alle condizioni generali, dovranno essere indirizzati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

CNP CAUTION S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
reclami@cnpcaution.it

Le compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il comportamento tenuto dagli intermediari Banche durante l'attività di distribuzione devono essere inoltrati direttamente a questi ultimi presso i recapiti forniti nell'informativa: "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" contenuta nel c.d. Allegato 4.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, a mezzo posta oppure via fax allo 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

Per la stesura del reclamo da presentare a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Guida ai reclami" o collegandosi al seguente link: http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf, o ancora sul sito della Compagnia www.cnpitalia.it nella Sezione dedicata ai reclami.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Essendo le Compagnie soggette alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi per iscritto all'Istituto di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) presso l'Ufficio Reclami con sede in: 61 rue Taitbout – 75436 Paris - Cedex 09 – Francia - corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:

- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

Si ricorda infine che è possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria per la risoluzione di eventuali controversie derivanti dal presente Contratto, previo esperimento obbligatorio del processo di mediazione, ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni (cfr. Art 29 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

ART. 31. DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tali conseguenze si verificano quando, le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze siano relative a circostanze tali, per cui CNP non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

In tali casi la Compagnia può avvalersi delle disposizioni normative sopra citate, in particolare:

a) L'Art. 1892 del Codice Civile, qualora la dichiarazione inesatta o reticente avvenga con dolo o colpa grave, assumendo il diritto di:

- dichiarare l'annullamento del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Tale termine non è previsto se il riconoscimento avviene a seguito del sinistro;
- rifiutare, in ogni tempo, la prestazione assicurata;
- per l'effetto, restituire il premio non goduto a decorrere dal momento in cui la Compagnia ha preso conoscenza della dichiarazione inesatta o reticente.

b) L'Art. 1893 del Codice Civile, qualora la dichiarazione inesatta o reticente avvenga senza dolo o colpa grave, assumendo il diritto di:

- recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- ridurre le prestazioni assicurate in proporzione al maggior rischio accertato e al premio superiore che sarebbe stato richiesto in sede di stipulazione del presente contratto;
- per l'effetto, di restituire il premio non goduto a decorrere dal momento in cui la Compagnia ha preso conoscenza della dichiarazione inesatta.

c) L'art. 1894 prevede che "nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893".

PARTE II: CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 32. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DECESSO (TUTTE CAUSE)

PACCHETTI A – B – C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 38, il rischio coperto è il decesso per qualsiasi causa.

Indennizzo

CNP con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, fermo restando le esclusioni all'art. 38, corrisponderà ai Beneficiari, in parti uguali, un capitale il cui importo è pari:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui nuovi: all'ammontare del debito che, alla data del decesso dell'Assicurato, residua dal rapporto di Mutuo. Dal calcolo sono escluse eventuali importi di rate insolte scadute prima dell'evento. Nel caso in cui il Capitale

Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

- nel periodo di preammortamento dei Mutui nuovi al Capitale Assicurato iniziale.

L'indennizzo della Garanzia Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della Garanzia Invalidità Totale Permanente.

Pertanto, qualora nel corso della valutazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente, dovesse sopraggiungere il Decesso, tale garanzia potrà intervenire solo se l'Invalidità risulta non liquidabile.

ART. 32.1 RISCATTO

La presente Assicurazione temporanea caso morte non prevede alcun valore di riscatto.

ART. 32.2 CARENZA

La copertura assicurativa per il Decesso è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se la morte è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora il decesso insorga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 33. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

PACCHETTO A- B – C - D

Rischio assicurato

Ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 38, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% causata da Infortunio e Malattia (per il Pacchetto A) o da Infortunio (per i Pacchetti B, C, D).

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato, venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 66% entro 2 anni dall'infortunio o dalla data di diagnosi della Malattia verificatesi durante il periodo contrattuale, CNP garantisce, fermo restando le esclusioni all'Art. 38, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui: all'ammontare del debito che, alla data del verificarsi dell'infortunio, residua dal rapporto di mutuo contratto dall'Aderente/Assicurato verso il Contraente. Dal calcolo sono escluse eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'evento. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Mutui nuovi: al Capitale Assicurato iniziale.

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente, potrà essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia, in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia dell'evento. Per data dell'evento si intende la data di accertamento dell'Invalidità generata dall'Infortunio o dalla Malattia diagnosticata.

Il grado di Invalidità Totale Permanente da Infortunio è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n° 1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute. Il grado di Invalidità Totale Permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Qualora l'Aderente/Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, il diritto alla stessa, qualora liquidabile, sarà trasmesso agli eredi.

ART. 33.1 CARENZA

In caso di sottoscrizione del Pacchetto A, la garanzia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se l'Invalidità Totale Permanente è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora l'Invalidità insorga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 34. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

PACCHETTO C

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 38, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.

Indennizzo

CNP in caso di sinistro liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di Mutuo, fermo restando le esclusioni all'art. 38, una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui, all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) che hanno scadenza, trascorsi 30 giorni di franchigia, durante il restante periodo dell'inabilità stessa, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del finanziato erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate solo interessi così come comunicate dall'Istituto che hanno scadenza, trascorsi 30 giorni di franchigia, durante il restante periodo dell' inabilità

stessa, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato, la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;

AVVERTENZA

La prestazione di Inabilità Temporanea Totale non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla garanzia Ricovero Ospedaliero. In caso di infortunio o malattia dal quale derivi un Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale verrà liquidata trascorsi 30 giorni di franchigia dalla data di dimissioni dall'ospedale.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale non è operante se l'inabilità avviene nei 12 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

CNP liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 36 nel corso della durata contrattuale. Tale garanzia cessa la sua efficacia in caso di morte o di Invalidità Totale e Permanente.

ART. 34.1 FRANCHIGIA

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di franchigia di 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

ART. 34.2 CARENZA

La Copertura Assicurativa per l'Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se è causata da malattia. L'indennità non verrà corrisposta qualora l'Inabilità si verifichi e/o la Malattia che la genera insorga entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura.

ART. 34.3 DENUNCE SUCCESSIVE

Quando un sinistro per Inabilità Temporanea Totale sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di inabilità salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni consecutivi o 180 giorni consecutivi se la causa è la medesima del sinistro precedente.

ART. 35. CARATTERISTICA E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA DI RICOVERO OSPEDALIERO

PACCHETTO C - D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 38, il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

Indennizzo

CNP garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, fermo restando le esclusioni all'art. 38, la corresponsione di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) che hanno scadenza, trascorsi 7 giorni di franchigia, durante il restante periodo del ricovero stesso, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate solo interessi così come comunicate dall'Istituto che hanno scadenza, trascorsi 7 giorni di franchigia, durante il restante periodo del ricovero stesso, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato, la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

AVVERTENZA

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e dalla garanzia Malattia Grave. La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale e nei 12 mesi - in caso di durata Mutuo inferiore o uguale a 120 mesi - o 8 mesi - in caso di durata Mutuo superiore a 120 mesi - successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

CNP liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 36 nel corso della durata contrattuale.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

ART. 35.1 FRANCHIGIA

La copertura assicurativa per il Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 7 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di ricovero ospedaliero.

ART. 35.2 DENUNCE SUCCESSIVE

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi ricoveri ospedalieri salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 30 giorni consecutivi, o 180 giorni consecutivi se la causa è la stessa che ha causato il precedente ricovero.

ART. 35.3 CARENZA

La copertura assicurativa per il Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora il ricovero avvenga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 36. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA MALATTIA GRAVE

PACCHETTO C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 38, il rischio coperto è una delle Malattie Gravi di seguito riportate.

Indennizzo

CNP garantisce, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, fermo restando le esclusioni all'art. 38, la corresponsione in un'unica soluzione di una somma pari:

- nel periodo di ammortamento dei Mutui a 12 rate mensili in caso di sottoscrizione del PACCHETTO C o 8 rate mensili in caso di sottoscrizione del PACCHETTO D. L'ammontare della rata mensile di riferimento per la determinazione dell'indennizzo sarà quella risultante dal Piano di Ammortamento con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, a 12 rate mensili solo interessi, in caso di sottoscrizione del PACCHETTO C o 8 rate mensili solo interessi, in caso di sottoscrizione del PACCHETTO D. L'ammontare della rata mensile solo interesse di riferimento per la determinazione dell'indennizzo sarà quella comunicata dall'Istituto con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

Qualora la durata residua del piano di ammortamento originario fosse inferiore al numero di rate mensili da liquidare, l'importo liquidato sarà pari a tante rate quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.

AVVERTENZE: Si precisa che è indennizzabile un solo Sinistro per Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato nel corso della durata dell'Assicurazione.

La prestazione di Malattia Grave non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata della garanzia Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero o Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per Malattia Grave, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

La Copertura Assicurativa non prevede il pagamento di alcuna prestazione per Malattia Grave qualora il decesso dell'assicurato avvenga nei primi 30 giorni successivi alla diagnosi della stessa (periodo di sopravvivenza).

Ai fini della presente copertura sono considerati indennizzabili - in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza- i sinistri derivanti dalle seguenti patologie:

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e

- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

ART. 36.1 CARENZA

La Compagnia applicherà un periodo di carenza di 90 giorni.

Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia malattia grave se durante i primi 90 giorni dalla data di effetto della garanzia:

- l'assicurato presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati portano alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
- all'assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi coperte.

Inoltre, per quanto riguarda la garanzia Malattia Grave, la polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle Malattie Gravi coperte di cui l'assicurato abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura.

ART. 37. CARATTERISTICHE E PRESTAZIONE DELLA COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

PACCHETTO B

Rischio assicurato

Il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "Messa in Mobilità".

Indennizzo

CNP in caso di perdita d'impiego, secondo le indicazioni del contratto di mutuo, e fermo restando le esclusioni all'art. 38, liquiderà una somma pari:

- Nel periodo di ammortamento dei Mutui all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) che hanno scadenza, trascorsi 30 giorni di franchigia, durante il restante periodo della disoccupazione stessa, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato (o Debito residuo per i Mutui in essere), la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata;
- nel periodo di preammortamento dei Mutui, all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate solo interessi che hanno scadenza, trascorsi 30 giorni di franchigia, durante il restante periodo della disoccupazione, con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile. Nel caso in cui il Capitale Assicurato iniziale sia inferiore all'importo del Mutuo erogato la prestazione liquidabile in caso di sinistro verrà riproporzionata.

CNP liquiderà un massimo di 12 rate di mutuo per ogni sinistro ovvero un massimo di 36 rate nel corso della durata contrattuale.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso o Invalidità Totale Permanente.

ART. 37.1 CARENZA

In caso di licenziamento comunicato all'Assicurato durante il periodo di carenza pari a 90 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 37.2 FRANCHIGIA

La copertura assicurativa per il caso Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

ART. 37.3 DENUNCE SUCCESSIVE

Quando un sinistro per disoccupazione sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia tornato ad essere lavoratore dipendente per un periodo pari alla "Ripresa di occupazione" di 180 giorni consecutivi.

PARTE III: ESCLUSIONI

ART. 38. ESCLUSIONI

Le coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale non sono operanti nei seguenti casi:

1. **Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
2. **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
3. **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
4. **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
5. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
6. **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
7. **dolo dell'Assicurato;**
8. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
9. **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
10. **i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
11. **i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.**

Relativamente al solo rischio Decesso la garanzia non è inoltre operante nel seguente caso:

12. **suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza.**

Relativamente ai soli rischi Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale la garanzia non è inoltre operante nei seguenti casi:

12. **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**
13. **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**
14. **atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;**
15. **trasformazioni o assetamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
16. **sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;**
17. **conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;**
18. **tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
19. **conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;**
20. **gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.**

La garanzia Perdita d'Impiego non è operante nel caso in cui:

21. **L'assicurato non abbia prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;**

22. L'Assicurato abbia un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
23. il licenziamento è dovuto a giusta causa;
24. il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
25. in caso di dimissioni;
26. il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
27. L'Assicurato, durante la messa in mobilità maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
28. L'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia;
29. i contratti di lavoro non regolati dalla Legge italiana;
30. L'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
31. L'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

32. Specifiche esclusioni per il CANCRO

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

33. Specifiche esclusioni per l'INFARTO

- L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.
- Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta

34. Specifiche esclusioni per l'ICTUS

- attacco ischemico transitorio (TIA)
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania
- Disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina
- Disturbi ischemici del sistema vestibolare
- Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

35. Specifiche esclusioni INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

- l'angioplastica a palloncino (PTCA)
- il cateterismo del cuore,
- la risoluzione chirurgica tramite laser
- tutti le altre tecniche cateterali intra-arteriose.
- le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

36. Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

- tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.

Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose

Sono altresì esclusi dalla Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento - anche occasionale - di una delle seguenti Attività Sportive e Lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE:

1. Alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine > 3.000 metri, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta.
2. Speleologia.
3. Sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ULM, elicottero, aliante ecc).
4. Immersioni subacquee.
5. Caccia grossa, safari.
6. Equitazione (competizioni equestri).
7. Skeleton.
8. Rafting.
9. Partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore.
10. Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa).
11. Competizioni ciclistiche.
12. Canoa, kayak.
13. Pugilato e lotta.
14. Atletica pesante.
15. Altri sport comunemente definiti "estremi".

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

16. Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni).
17. Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino.
18. Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore).
19. Carpentieri in metallo.
20. Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali).
21. Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere.
22. Attività che comportano l'utilizzo di altiforni.
23. Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche.
24. Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche.
25. Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico).
26. Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive.
27. Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V.
28. Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo).
29. Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti).
30. Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub).
31. Attività che prevedono lavori di sterramento.
32. Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico).
33. Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori).
34. Attività in alta montagna (es. guide alpine).
35. Addetti al settore petrolifero.
36. Collaudatori di autoveicoli e motocicli.
37. Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo.
38. Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai.
39. Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori).
40. Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).

Data ultimo aggiornamento Gennaio 2019.

GLOSSARIO

Assicurato

Il termine assume lo stesso significato attribuito a Aderente/Assicurato.

Aderente

Il termine assume lo stesso significato attribuito a Aderente/Assicurato.

Aderente/Assicurato

La persona fisica, residente in Italia, che presenta i requisiti di assicurabilità previsti all'art. 1.2 (Requisiti di assicurabilità – Adesione alle Coperture Assicurative), che sottoscrive il Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva e paga il Premio.

Altre categorie lavorative/professionali diverse dal Dipendente di Azienda Privata

La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che includa la percezione di redditi da lavoro: autonomo – professionale – dipendente non di azienda privata e che comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 46 (redditi di lavoro dipendente), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

A titolo esemplificativo sono considerate incluse le seguenti attività lavorative, ovvero:

- i lavoratori autonomi;
- i non lavoratori;
- i dipendenti pubblici;
- i dipendenti con meno di 16 ore settimanali lavorative;
- i dipendenti di persone fisiche con mansioni di assistenza familiare;
- i dipendenti di imprese familiari in rapporto di parentela col Datore di Lavoro.

Nelle società di capitali tale rapporto di parentela riguarda anche quello esistente tra il Lavoratore e l'Amministratore Unico, il Direttore Generale o l'Amministratore Delegato.

Ammortamento

Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di Mutuo.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione (Polizza Collettiva) e il suo contenuto.

Beneficiario

Il soggetto che riceve le prestazioni previste dal contratto ed erogate dalla Compagnia.

Per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave è l'Aderente/Assicurato. Per la garanzia Decesso sono i Beneficiari designati dall'Aderente/Assicurato o, in caso di mancata designazione quelli stabiliti per legge.

Capitale Assicurato Iniziale

La somma indicata nel Modulo di Adesione per cui è prestata la copertura.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della polizza durante il quale le garanzie non sono operative. Ciò significa che se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnie

CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il contratto di assicurazione.

CNP Caution S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il contratto di assicurazione.

Conclusione del contratto o perfezionamento

Momento in cui l'Aderente/Assicurato riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

La BANCA POPOLARE DI BARI S.C.p.A., Corso Cavour, 19 - 70122 Bari che agisce in nome e per conto della Cassa di Risparmio di Orvieto.

Contratto di Mutuo/Mutuo

Il mutuo di durata (durata residua in caso di Mutui in essere) non superiore ai 30 anni, comprensivo di un eventuale periodo di preammortamento pari al massimo a 18 mesi, concesso dall'Istituto all'Aderente/Assicurato al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto della presente Polizza.

Contratto di Polizza

Costituito dal presente Fascicolo Informativo, dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente/Assicurato unitamente alla Lettera di Conferma della Compagnia.

Copertura Assicurativa

La garanzia assicurativa facoltativa prestata dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva e che prevede il pagamento di un indennizzo, a favore del Beneficiario, al verificarsi del sinistro.

Data di Decorrenza della copertura assicurativa

Il termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare: coincide con le ore 24.00 della Data indicata nella Lettera di Conferma.

Debito Residuo

Debito in linea capitale del Mutuo risultante alla data del sinistro.

Dal calcolo sono escluse eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'evento.

DIP Danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP Vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

DIP Aggiuntivo Multirischi

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.

Disoccupato

La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un lavoratore dipendente di Azienda Privata che è iscritto nelle liste del Centro per l'Impiego o percepisce reddito da mobilità. Durante la disoccupazione il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Efficacia del Contratto

Il contratto è efficace dal momento in cui l'Aderente/Assicurato paga il premio.

Esclusioni

Rischi o limitazioni, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione, in presenza delle quali la copertura assicurativa prestata dalla Compagnia non è operante.

Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile in termini di polizza, il Beneficiario non ha diritto ad alcun indennizzo.

Inabilità Temporanea Totale

La perdita totale temporanea della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività (professione).

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

Indennizzo

La somma dovuta da CNP in caso di sinistro.

Infortunio

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

Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente

Per Invalidità Totale Permanente si intende la perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, purché proficuo e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile, ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare come base di partenza la tabella delle percentuali allegata al DPR 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

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

Qualora l'evento invalidante si verifichi quando l'Assicurato è già in quiescenza, e pertanto il criterio di riconoscimento dell'invalidità permanente non può essere applicato in riferimento alle capacità lavorative, si utilizza il criterio di "perdita di autosufficienza" definito come segue.

L'Assicurato è riconosciuto colpito da Invalidità Totale Permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia).
- Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici, senza l'assistenza di una terza persona.
- Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.).
- Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.
- Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Istituti

La Banca Popolare di Bari, la Cassa di Risparmio di Orvieto e tutti gli Istituti appartenenti al Gruppo Banca Popolare di Bari che agiscono in qualità di Intermediari e che hanno stipulato un contratto di Mutuo con l'Aderente/Assicurato.

Ivass

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.

Lavoratore dipendente di Azienda Privata

La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa presso un'Azienda Privata di cui è dipendente e il cui contratto di lavoro non sia inferiore a 16 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga;
- i lavoratori con contratto a tempo indeterminato o determinato;
- i lavoratori somministrati;
- i lavoratori con contratto di apprendistato.

Lavoratore dipendente pubblico

La Persona Fisica dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e le amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni, le Province e i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Università;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e le loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Grave

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente coerente con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca

ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile di una parte del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di bypass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'assicurato.

TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le garanzie.

Morte

Il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

Modulo di Adesione

Il modulo, parte integrante della polizza, sottoscrivendo il quale l'Aderente propone la propria adesione alla Polizza Collettiva, al fine di usufruire delle coperture assicurative previste.

Non lavoratori

Studenti, casalinghe, pensionati.

Perdita D'Impiego

Lo stato dell'Assicurato, Dipendente di un'Azienda Privata, nel caso in cui, a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, abbia cessato la sua normale attività lavorativa e risulti iscritto nelle liste di disoccupazione presso centri per l'impiego situati in Italia e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro; oppure sia iscritto nelle liste di mobilità.

Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in Mobilità".

Preammortamento

Periodo, comprensivo della durata del Finanziamento, durante il quale le rate pagate sono costituite dalla sola quota interessi.

Premio

La somma dovuta dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia per la Copertura Assicurativa prestata.

Questionario Medico Semplificato/Completo

Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Ricovero Ospedaliero

Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Ripresa di occupazione

Periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per disoccupazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo sinistro per disoccupazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Set Informativo

Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente prima della sottoscrizione del contratto. E' composto dal DIP Danni, dal DIP Vita, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-simile del Modulo di Adesione e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali.

Stato di Disoccupazione o mobilità

La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un lavoratore dipendente privato che è iscritto nelle liste di disoccupazione o di mobilità presso il Centro per l'Impiego di competenza percependo le rispettive indennità. Durante la disoccupazione/mobilità il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

MODULO DI ADESIONE
FAC SIMILE
(VERSIONE 01/2019)

MODULO DI PROPOSTA FACOLTATIVA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° 020000163 Protezione **Mutuo Easy/Full**

PROPOSTA DI ADESIONE N° _____

DATI ADERENTE\ASSICURATO

Cognome

Nome

C.F. **Nato il** **Sesso**

a **Prov.**

Nazione

Residente in

CAP **Città** **Prov.**

Nazione

Domicilio elettivo in

CAP **Città** **Prov.**

Nazione

Documento di identità **N.**

Ente di rilascio

Città **Prov.**

Nazione

Data di emissione **Data di scadenza**

Telefono

Email

DATI CONTRATTO MUTUO

Istituto **Contratto n°**

Durata/Durata residua **mesi** **Durata Preammortamento** **mesi**

Importo erogato/Debito residuo

DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO E AL CAPITALE ASSICURATO

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<input type="checkbox"/> DECESSO tutte cause <input type="checkbox"/> INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio <input type="checkbox"/> INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Malattia <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da Infortunio e Malattia <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO* <input type="checkbox"/> MALATTIA GRAVE e RICOVERO OSPEDALIERO

*Garanzia offerta da CNP Caution S.A.

Capitale Assicurato Iniziale

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

DATI RELATIVI AL PREMIO

Premio Unico* Di cui Imposte

*Comprensivo di costi di emissione pari a Euro 0,00.

Costi complessivi (compresi nel premio lordo)

Di cui importo percepito dall'Intermediario (€)

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

AVVERTENZA:

IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO OVVERO DEL REFERENTE TERZO, LA COMPAGNIA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

L'Aderente/Assicurato designa come beneficiario/i della copertura assicurativa Decesso:

- Gli eredi legittimi, in parti uguali, salvo testamento
- I seguenti soggetti in forma nominata:

Cognome e Nome / Ragione Sociale

C.F./P.IVA **Nato il** **a**

Indirizzo

Email **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

C.F./P.IVA **Nato il** **a**

Indirizzo

Email **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

C.F./P.IVA **Nato il** **a**

Indirizzo

Email **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

C.F./P.IVA **Nato il** **a**

Indirizzo

Email **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

C.F./P.IVA **Nato il** **a**

Indirizzo

Email **Telefono** **% ripartizione**

Totale

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente referente terzo diverso dal beneficiario a cui la compagnia può fare riferimento in caso di Decesso.

- Si**
 No

Cognome e Nome
C.F. **Nato il** **a**
Indirizzo
Email **Telefono**

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

Le eventuali modifiche e/o revoche devono essere comunicate per iscritto a CNP Assurances S.A. cfr. come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Resta inteso che per le coperture assicurative per il caso di Invalidità Totale Permanente, di Inabilità Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave e Perdita d'Impiego (qualora previste dal Pacchetto sottoscritto), gli indennizzi saranno riconosciuti all'Aderente/Assicurato medesimo.

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

L'Aderente/Assicurato:

- Non autorizza l'invio di comunicazioni al beneficiario prima della data del Decesso
 Autorizza l'invio di comunicazioni al beneficiario, anche prima della data del Decesso

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- di essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è FACOLTATIVA e che la concessione del Mutuo non è subordinata all'Adesione alla stessa;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del Mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;
- di prestare il consenso necessario per la validità della garanzia Decesso (art. 1919 Codice Civile);
- che tutte le informazioni da me fornite e contenute nel presente Modulo di Proposta e nel Questionario Medico, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- di essere residente in Italia.

PRENDE ATTO

- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a 180 giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del Premio;

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

- che in caso di Capitale Assicurato inferiore all'importo del Mutuo erogato (debito residuo in caso di Mutuo in essere), gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto esistente tra i due importi;
- che è possibile recedere dalle Coperture Assicurative entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (indicata nella Lettera di Conferma) inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A. Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- che la Compagnia, in caso di rimborso del Premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di mutuo, tratterà un costo pari a euro 0,00a titolo di rimborso delle le spese sostenute per l'operazione;
- **che ai fini della determinazione della misura del premio delle garanzie Danni, è stata riconosciuta una riduzione pari al 8,8% del premio medesimo, in ragione della durata poliennale della Polizza; pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 Cod. Civ., il recesso dalle sole garanzie danni, non è consentito nei primi 5 anni dalla Decorrenza del Contratto di Assicurazione;**
- della seguente AVVERTENZA:
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richieste per la possono compromettere il diritto alla prestazione;
- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Proposta di Adesione di Adesione e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto (cfr. art. 18 Regolamento IVASS 41/2018), vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo.

Data

Firma Aderente/Assicurato

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Aderente/Assicurato prende atto che la Compagnia ha conferito all'Istituto apposito mandato all'incasso. L'unica modalità di pagamento prevista è in un'unica soluzione. L'Aderente/Assicurato autorizza l'Istituto a trattenere l'importo del Premio dal suo conto corrente prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del Premio unico a favore della Compagnia.

IBAN del Titolare del Conto Corrente

Data

Firma Aderente/Assicurato

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver **RICEVUTO** l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- di aver **RICEVUTO** il Set Informativo contenente le Condizioni di Assicurazione, il DIP Danni, il DIP Vita, il DIP Aggiuntivo Multirischi, il Glossario, e il Fac-simile del Modulo di Adesione e l'Informativa sul trattamento dei dati personali;
- di aver, **LETTO, COMPRESO e ACCETTATO** le condizioni di assicurazione contenute nella documentazione consegnata.

Data

Firma Aderente/Assicurato

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C.C. l'Aderente/Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione: Art 1.2 (Requisiti di assicurabilità – Adesione alle Coperture Assicurative), Art. 2 (Capitale Assicurato Iniziale e Massimali), Art. 4 (Prestazioni in caso di sotto-assicurazione) Art. 12 (Limiti assuntivi – Formalità di Assunzione), Art. 14 (Perdita dei requisiti di assicurabilità dell'Aderente/Assicurato) Art.15 (Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato dalla Copertura Assicurativa) Art. 29 (Mediazione e Foro Competente) Art. 31 (Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato relative alle circostanze del rischio) Artt. 34.1, 35.1, 37.3 (Franchigia), Artt. 32.2, 33.1, 34.2, 35.3, 36.1, 37.1 (Carenza), Artt. 34.3, 35.2, 37.2 (Denunce successive), Art. 38 (Esclusioni).

Data

Firma Aderente/Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Come illustrato nell'informativa contenuta nel Set Informativo a Lei consegnato dall'intermediario, la Compagnia ha la necessità di utilizzare alcuni suoi dati soggetti a trattamento speciale, e riguardanti il suo stato di salute, per le finalità di:

- 1) gestire il rapporto contrattuale (polizza assicurativa) e dei conseguenti adempimenti anche normativi
- 2) valutare il rischio in fase di assunzione della copertura assicurativa
- 3) comunicare a terzi e a destinatari
- 4) sicurezza informatica

Pertanto, le chiediamo di prestare il consenso al trattamento di tali dati, per le suddette finalità, dati personali apponendo la sua firma in calce alla presente dichiarazione.

Data

Firma Aderente/Assicurato

FAC-SIMILE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ED. 01/ 2019)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ADERENTE/ASSICURATO

Chi siamo e cosa facciamo dei tuoi dati personali?

CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (di seguito indicate come le Compagnie) con sede in Milano, via Bocchetto 6, in qualità di Titolari del trattamento, si impegnano a tutelare la riservatezza dei tuoi dati personali e a garantire ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

Le Compagnie si occupano, per il gruppo di appartenenza, della gestione dei prodotti in coassicurazione; CNP Assurance S.A. gestisce le coperture appartenenti ai rami 1 (Vita) nonché 1 e 2 (Danni); CNP Caution S.A. gestisce la copertura appartenente a ramo 16 (Danni). Le Compagnie mettono in pratica, al fine, policy e prassi aventi riguardo alla raccolta e all'utilizzo dei dati personali e all'esercizio dei diritti che ti sono riconosciuti dalla normativa applicabile. Le Compagnie hanno cura di aggiornare le policy e le prassi adottate per la protezione dei dati personali ogni volta che ciò si renda necessario e comunque in caso di modifiche normative e organizzative che possano incidere sui trattamenti dei tuoi dati personali.

Le Compagnie hanno nominato un Responsabile della protezione dei dati interno. Puoi contattare il Responsabile tramite e-mail al seguente indirizzo: dpo.it@cnppartners.eu

Come e perché raccolgono e trattano i tuoi dati le Compagnie?

Le Compagnie raccolgono e/o ricevono le informazioni che ti riguardano, quali in generale: nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente, e, in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

CNP Assurance S.A., altresì, raccoglie i dati relativi allo stato di salute, per il trattamento dei quali avrai prestato esplicito consenso.

I tuoi dati personali sono raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- banche e altri intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker);
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- autorità giudiziarie e forze di polizia.

I dati servono alle Compagnie per dar seguito alla gestione della tua polizza assicurativa, alle attività di coassicurazione dei rischi gestiti dal gruppo di appartenenza, in particolare, di quelli afferenti i prodotti legati a mutui e finanziamenti e quelli di tutela del reddito, per i quali CNP Assurances S.A. si occupa, altresì, delle attività di assunzione medica. I tuoi dati personali vengono trattati, inoltre, per adempiere agli obblighi di legge e di regolamento, presupposti e anche conseguenti al contratto che ti riguarda, a cui le Compagnie sono tenute in funzione dell'attività esercitata.

La comunicazione dei tuoi dati personali avviene nei confronti del gruppo cui appartengono le Compagnie per fini amministrativi, oltre che nei confronti di terzi e/o destinatari, la cui attività è necessaria per il corretto svolgimento del servizio o per migliorare i prodotti che le Compagnie ti offrono, e anche per rispondere a determinati obblighi di legge o prescritti per il controllo e la vigilanza dell'attività assicurativa. Ogni comunicazione che non risponde a tali finalità sarà sottoposta al tuo consenso.

Le Compagnie non trasferiscono i tuoi dati personali all'estero. I tuoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati.

A chi verranno comunicati i tuoi dati?

A soggetti esterni all'organizzazione delle Compagnie, individuati o meno quali responsabili del trattamento.

Nello specifico i destinatari dei tuoi dati sono: le società del gruppo cui appartengono le Compagnie per fini amministrativi; consulenti legali per la gestione del contenzioso, società terze che si occupano di attività riguardanti la gestione del rischio assicurato e, altresì, società dell'informazione e di assistenza informatica nonché principali enti di riferimento (autorità amministrative, di controllo, giudiziarie etc.) e soggetti (familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori) nel caso delegati a ricevere le informazioni che ti riguardano. I tuoi dati possono, inoltre, essere comunicati da CNP Assurance S.A. a professionisti del settore sanitario (medici e consulenti).

Quali dati sono indispensabili alle Compagnie per gestire il tuo contratto e cosa succede se non li fornisci?

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque ottenuti dalle Compagnie indicati con l'asterisco <*> si intendono necessari nel senso che il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per le Compagnie di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

Il trattamento dei dati idonei a rivelare il tuo stato di salute, svolto unicamente da CNP Assurances S.A., allorché necessari per le finalità di trattamento che la riguardano, sarà sottoposto al tuo consenso esplicito e a tutte le cautele del caso.

- nome, cognome*;
- codice fiscale*;
- luogo e data di nascita*;
- indirizzo fisico di residenza*;
- indirizzo telematico;

- numero di telefono fisso e/o mobile;
- numero di conto corrente*;
- i dati relativi allo stato di salute, previo esplicito consenso*;
- in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono necessari per le attività di trattamento relative a:

- la valutazione del rischio e dell'adeguatezza della copertura assicurativa;
- la gestione del contratto (anche attraverso terzi e destinatari) e quindi della polizza assicurativa che ti riguarda;
- il controllo della sostenibilità e della redditività dei prodotti assicurativi;
- l'adempimento degli obblighi che derivano dal rapporto instaurato;
- l'assistenza alla clientela sui servizi e i prodotti assicurativi.

Quelli tra i tuoi dati che invece non sono indicati con l'asterisco <*> si intendono facoltativi e il mancato conferimento non pregiudica il trattamento principale.

Le Compagnie hanno inteso svolgere alcuni trattamenti in funzione di determinati legittimi interessi che non pregiudicano il tuo diritto alla riservatezza, come quelli che:

- permettono di gestire al meglio il rischio assicurato;
- permettono di prevenire frodi anche contrattuali;
- permettono di prevenire incidenti informatici e di procedere alla notificazione all'autorità di controllo o la comunicazione agli utenti, se necessarie, della violazione dei dati personali;
- permettono la comunicazione dei dati personali alle società del gruppo di appartenenza delle Compagnie per fini amministrativi;
- permettono la comunicazione a terzi/destinatari per attività legate a quelle di gestione del contratto.

Come e per quanto tempo vengono conservati i tuoi dati?

Il trattamento dei dati che ti riguardano avviene attraverso mezzi e strumenti sia elettronici che manuali messi a disposizione dei soggetti che agiscono sotto l'autorità delle Compagnie, e allo scopo autorizzati e formati.

Gli archivi cartacei e soprattutto elettronici dove i tuoi dati sono archiviati e conservati vengono protetti mediante misure di sicurezza efficaci e adeguate a contrastare i rischi di violazione considerati dalle Compagnie. Le stesse provvedono alla verifica periodica e costante delle misure adottate, soprattutto per gli strumenti elettronici e telematici, a garanzia della riservatezza dei dati personali per loro tramite trattati, archiviati e conservati, soprattutto se appartenenti a categorie particolari.

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del contratto che hai stipulato con le Compagnie e per l'adempimento degli obblighi, anche legali, che ne conseguono.

Gli archivi informatici si trovano all'interno dei confini dell'UE (e SEE) e non è prevista la loro connessione o interazione con database locati all'estero.

Quali sono i tuoi diritti?

I diritti a te riconosciuti ti permettono di avere sempre il controllo dei tuoi dati. I tuoi diritti sono quelli di:

- accesso;
- rettifica;
- cancellazione;
- revoca del consenso;
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento;
- portabilità.

I tuoi diritti ti sono garantiti senza oneri e formalità particolari per la richiesta del loro esercizio che si intende essenzialmente a titolo gratuito.

Tu hai diritto:

- a ottenere una copia, anche in formato elettronico, dei dati di cui hai chiesto l'accesso. In caso dovessi richiedere ulteriori copie, le Compagnie possono addebitarti un contributo spese ragionevole;
- a revocare il consenso in qualunque momento, nel caso in cui questo costituisca la base del trattamento. La revoca del consenso comunque non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso svolto prima della revoca stessa;
- a opporsi al trattamento dei tuoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse per motivi relativi alla tua situazione particolare;
- a ottenere la cancellazione dei tuoi dati personali, la limitazione del loro trattamento o anche l'aggiornamento e la rettifica;
- a ottenere, in tali ultimi casi, che altri titolari del trattamento a cui, nell'eventualità i tuoi dati siano stati comunicati o i destinatari degli stessi, siano messi a parte della tua istanza e dell'esito dell'esercizio dei tuoi diritti affinché anch'essi provvedano a cancellare, sospendere o interrompere il trattamento o a rettificare i tuoi dati;
- a ottenere i tuoi dati personali, se ricevuti o trattati dalle Compagnie, con il tuo consenso e/o se il loro trattamento avvenga sulla base di un contratto e con strumenti automatizzati, in formato elettronico, anche al fine di trasmetterli ad altro titolare del trattamento;
- a ottenere ogni comunicazione utile in merito all'attività svolta a seguito dell'esercizio dei tuoi diritti senza ritardo e comunque, entro un mese dalla tua richiesta, salvo proroga motivata, fino a due mesi che ti dovrà essere debitamente comunicata.

Per ogni ulteriore informazione e comunque per inviare la tua richiesta contatta le Compagnie all'indirizzo Via Bocchetto 6, 20123 Milano.

Ogni Interessato potrà conoscere quali sono i dati trattati dalle Compagnie e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento nonché opporsi, per motivi legittimi, ad un loro particolare trattamento, rivolgendosi alternativamente al:

Titolare del trattamento	CNP Assurances S.A.	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpitalia.it
	CNP Caution S.A	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpcaution.it
Responsabile della protezione dei dati?	DPO	dpo.it@cnpppartners.eu

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?	
I dati personali saranno trattati:	il trattamento avviene in base a:
per l'esecuzione e la gestione del rapporto contrattuale instaurato	contratto
per l'attività di assistenza alla clientela sui servizi e prodotti assicurativi	consenso esplicito per il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, rilasciato a CNP Assurances S.A. per l'assunzione medica in relazione alle garanzie decesso e Invalidità totale e permanente
per fini statistici e di monitoraggio dell'offerta di prodotti assicurativi	adempimento di attività conseguenti al rapporto instaurato e regolamentate per il settore di mercato del titolare del trattamento
per l'adempimento di obblighi di legge dipendenti dal rapporto contrattuale	obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa e dipendenti dalla normativa antiriciclaggio
Per l'archiviazione e la conservazione dei dati personali	- adempimenti precontrattuali dipendenti dalla verifica dell'assumibilità del rischio - contratto, per tutta la sua durata - adempimento, anche oltre la durata del contratto, di obblighi dipendenti dal rapporto instaurato e di legge, quali: <ul style="list-style-type: none"> • tenuta della contabilità; • esercizio dei diritti dipendenti dal contratto, anche allorchè oggetto di contenzioso
per la comunicazione a destinatari e/o terzi in dipendenza del rapporto contrattuale e degli obblighi che ne derivano	Adempimento del contratto e legittimo interesse dei titolari del trattamento o di terzi e destinatari
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	legittimo interesse dei titolari del trattamento o di terzi e destinatari