



Partner di  UniCredit

CNP UniCredit Vita S.p.A.

Società facente parte del gruppo CNP Assurances S.A.



CNP Assurances S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia

COPERTURE ASSICURATIVE CREDITOR PROTECTION MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE

**A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL
AD ADESIONE FACOLTATIVA**

Ed. 07/2019

Il presente set informativo contiene:

- **DIP Vita - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione vita**
- **DIP Danni - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione danni**
- **DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi**

PER LA COMPONENTE VITA (offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A.):

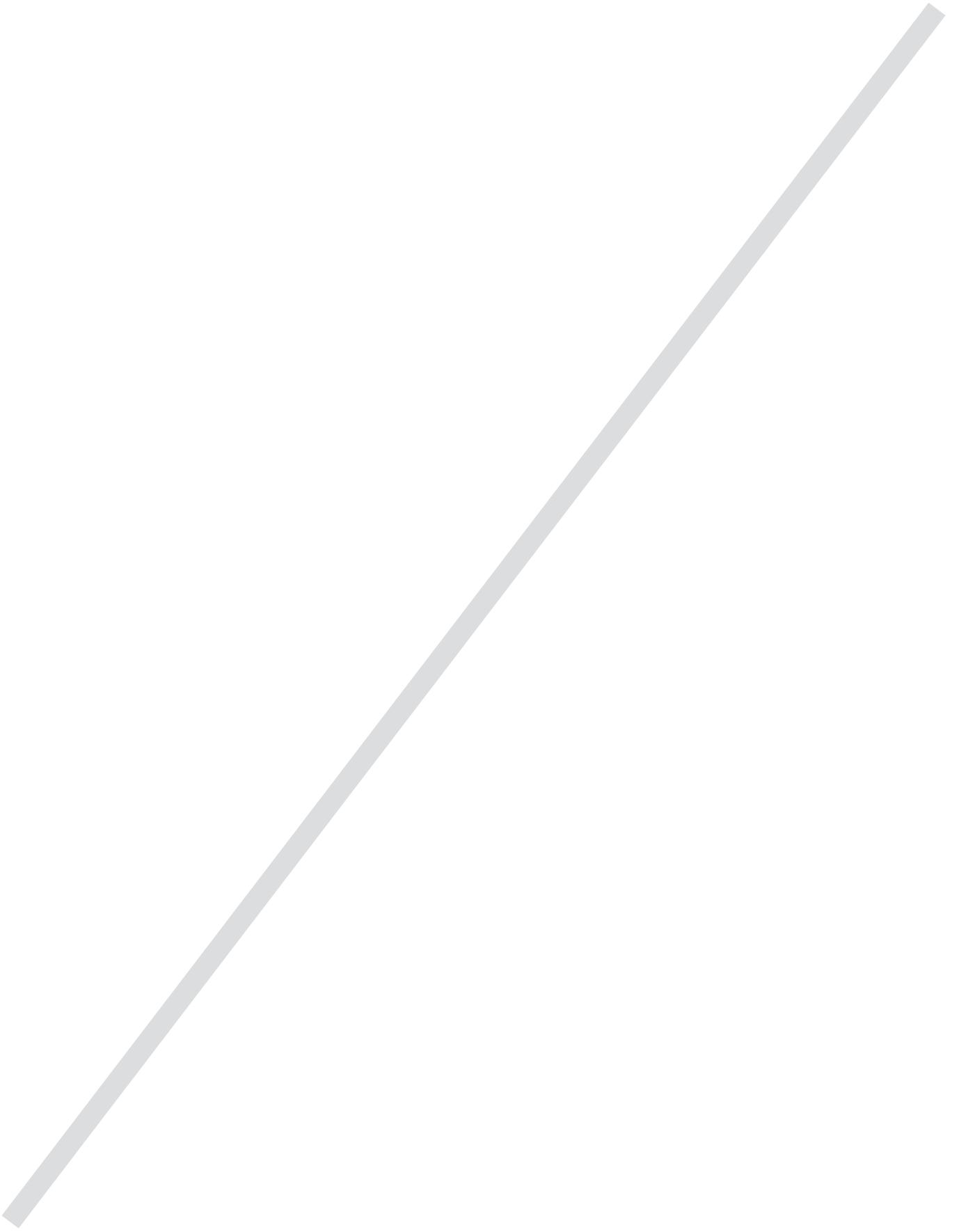
- **Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario**
- **Informativa per il trattamento dei dati personali**
- **Modulo di Adesione - FAC-SIMILE**

PER LA COMPONENTE DANNI (offerta da CNP Assurances S.A.):

- **Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario**
- **Informativa per il trattamento dei dati personali**
- **Modulo di Adesione - FAC-SIMILE**

**Il presente SET INFORMATIVO deve essere consegnato all'Assicurato/Impresa
prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo



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

Compagnia: CNP UniCredit Vita S.p.A.

Prodotto: CPI Mutui e Aperture di Credito Chirografari
 Imprese a Premio Unico anticipato
 non finanziato/recall ad adesione facoltativa

data di realizzazione del DIP Vita: 1 luglio 2019
 Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È un'assicurazione Collettiva ad adesione facoltativa di puro rischio dedicata alle Imprese, titolari di un Finanziamento in fase di erogazione da parte di UniCredit S.p.A., che assicura dai rischi derivanti dall'eventuale Decesso di una persona fisica di rilevante importanza per l'Impresa aderente stessa e individuata come Assicurato.

L'adesione a questa polizza è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione collettiva di Ramo Danni commercializzata da CNP Assurances S.A, avente per oggetto le garanzie danni Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea.



CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Il Contratto fornisce una copertura assicurativa in caso di Decesso dell'Assicurato.

A seguito del Decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità del Contratto, coincidente con la durata del Mutuo o Apertura di credito erogata da UniCredit, ai beneficiari indicati in polizza è prevista la liquidazione della seguente prestazione:

✓ **prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato pari all'ammontare del Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito in essere alla data del sinistro.**

Il capitale assicurato non può essere superiore a 500.000,00 Euro.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Il presente Contratto, essendo relativo alla sola componente Vita, non offre coperture in caso di:

- ✗ invalidità
- ✗ malattia grave
- ✗ perdita di autosufficienza
- ✗ inabilità di lunga durata

a meno che le stesse non causino il Decesso dell'Assicurato. Non è prevista dunque alcuna prestazione se l'Assicurato è in vita alla scadenza del Contratto e in questo caso il versamento effettuato (detto *Premio*) resta acquisito dalla Compagnia.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Sì, sono presenti esclusioni e la garanzia è prestata nei limiti del capitale per il cui dettaglio si rimanda al DIP aggiuntivo Multirischi.



DOVE VALE LA COPERTURA?

Il Contratto è operante senza alcun limite territoriale.



CHE OBBLIGHI HO?

L'Impresa aderente deve tempestivamente comunicare alla Compagnia eventuali variazioni di indirizzi di riferimento dell'Assicurato. Qualora nel corso della durata contrattuale quest'ultimo si trasferisca in modo definitivo in uno Stato diverso dall'Italia, il Contratto si risolve e la Compagnia rimborsa il rateo di premio non goduto.

In caso di Decesso dell'Assicurato, i beneficiari designati dovranno presentare la seguente documentazione per richiedere il pagamento della prestazione:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato medico attestante la causa del Decesso;
- copia della Cartella Clinica (in caso di Decesso ospedaliero);
- certificazione del capitale residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dall'Autorità Giudiziaria intervenuta a seguito dell'incidente (in caso di morte violenta o accidentale);
- Scheda di Adeguata Verifica (SAV) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario;

- copia della Visura camerale aggiornata con le modifiche derivanti dall'evento denunciato (se Beneficiario persona giuridica);
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante (se Beneficiario persona giuridica);
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto notorio (autenticata e rilasciata dal Beneficiario nominato o erede Beneficiario);
- verbale di pubblicazione del testamento olografo o Verbale di registrazione del testamento pubblico (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

La Compagnia esegue i pagamenti della Prestazione in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa comprovante il Decesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il *Premio* è corrisposto in forma unica e anticipata dall'Impresa aderente mediante addebito su conto corrente intrattenuto dalla stessa presso UniCredit S.p.A.

Il *Premio*, comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta, è determinato in base al Tasso di premio, alla durata e all'ammontare del Mutuo o Apertura di credito richiesta.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura assicurativa decorre:

- in presenza di contratti relativi a Mutui o Apertura di credito di nuova erogazione, dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo o Apertura di credito;
- in presenza di contratti relativi a Mutui o Apertura di credito in precedenza erogati, dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, a condizione che:
 - l'Impresa Aderente abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e versato il relativo premio unico;
 - l'Assicurato abbia compilato il Questionario Medico o, per importo richiesto maggiore a 300.000,00 Euro o età superiore a 65 anni, abbia fornito il Rapporto Visita Medica e gli eventuali esami medici richiesti, finalizzati ad accertare le sue condizioni di salute per la conseguente valutazione del rischio da parte della Compagnia.

La durata della copertura assicurativa, fermo restando un limite massimo di 10 anni, coincide con la durata originaria, o la durata residua in caso fosse già stato erogato, del Mutuo o Apertura di credito.



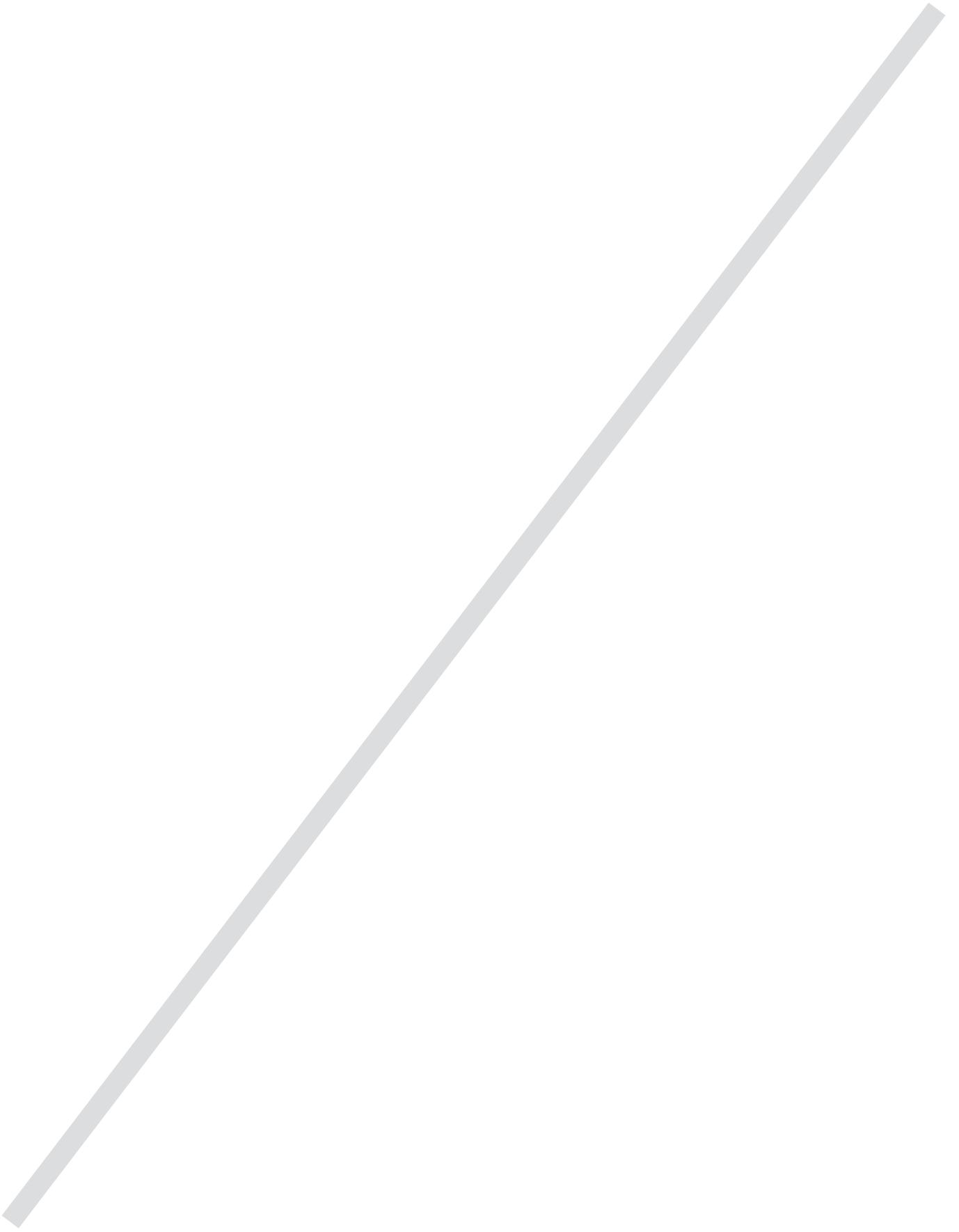
COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?

Dopo la conclusione del Contratto, in caso di ripensamento, l'Impresa aderente può esercitare il diritto di Recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto né di riduzione.



Compagnia:

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

Prodotto:

**CPI Imprese a premio unico anticipato non
finanziato/recall abbinabile a Mutui
Chirografari e Aperture di Credito
chirografarie**

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

E' una Polizza Collettiva ad adesione FACOLTATIVA dedicata alle Imprese che sottoscrivono un o hanno sottoscritto un Finanziamento con la Banca UniCredit S.p.A, che copre nel caso in cui un infortunio o una malattia comportino l'Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, il Ricovero Ospedaliero, l'Inabilità Totale Temporanea del Key Man assicurato (persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa) o qualora venga diagnosticata a quest'ultimo una Malattia Grave. L'adesione a questa polizza danni è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva vita facoltativa commercializzata da CNP UniCredit Vita S.p.a., avente per oggetto la garanzia Decesso.



CHE COSA È ASSICURATO?

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da Infortunio o Malattia
- ✓ **Malattia Grave**

Nel rispetto dei massimali previsti:

- ✓ In caso di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**, la Compagnia corrisponderà un importo pari al **Debito Residuo del Finanziamento in linea capitale** alla data del sinistro) fino ad un massimo di € 500.000 se la causa è la Malattia, di € 1.000.000 se la causa è l'Infortunio, di € 1.500.000 se la causa è l'Infortunio da incidente stradale, escludendo eventuali rate insolte prima dell'evento;
- ✓ In caso di **RICOVERO OSPEDALIERO** o **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**, la Compagnia corrisponderà fino ad un massimo di 12 rate mensili del Finanziamento per sinistro e 48 per l'intera durata contrattuale in scadenza rispettivamente durante il Ricovero o il periodo di Inabilità aventi un importo massimo di € 2.000 per ciascuna rata;
- ✓ In caso di Malattia Grave, la Compagnia corrisponderà un importo pari al **Debito Residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del sinistro**, fino ad un massimo di € 500.000, escludendo eventuali rate insolte prima alla data dell'evento.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non sono assicurabili:

- ✗ I soggetti che non sono collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'Impresa;
- ✗ I soggetti residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ I soggetti con età **inferiore a 18 anni**;
- ✗ I soggetti con età **superiore a 70 anni non compiuti** all'adesione e con età **superiore a 75 anni non compiuti** alla scadenza del Finanziamento.

Le imprese che:

- ✗ Sottoscrivano o hanno sottoscritto un Contratto di Finanziamento con durata/durata residua superiore a 10 anni, compreso l'eventuale preammortamento.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

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 Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! Il grado di **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** riconosciuta è inferiore al 60%;
- ! L'**INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** da Malattia viene riconosciuta nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza;
- ! L'**INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA** da malattia avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza e/o non perdura per almeno 60 giorni;
- ! L'Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni consecutivi un'attività lavorativa a seguito di una precedente **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA** per la quale la Compagnia ha pagato una o più rate;
- ! 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 Finanziamento;
- ! La **MALATTIA GRAVE** viene diagnosticata ovvero l'Assicurato presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una 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'Assicurato mantenga la residenza in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- All'atto dell'adesione alla polizza, l'Impresa e l'Assicurato dovranno sottoscrivere il Modulo di Adesione; l'Impresa dovrà inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza, mentre l'Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica. Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento (in caso di Finanziamenti di nuova erogazione) ovvero la data del pagamento del premio (in caso di Finanziamenti in essere) si verificano variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla polizza.
- Impresa e Assicurato hanno il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere il pagamento da parte della Compagnia del debito residuo o di una o più rate del Finanziamento in caso di sinistro, nonché la cessazione della Polizza; Il Beneficiario deve tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

- Il premio non finanziato, comprensivo di imposte, deve essere corrisposto interamente in via anticipata.
- Il pagamento del premio alla Compagnia avviene per il tramite di UniCredit S.p.A. mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa, che avrà una durata pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto, e comunque non superiore a 120 mesi (10 anni), decorre dalle ore 24.00 del giorno della stipula del Finanziamento (se di nuova erogazione) ovvero dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio (se in essere), a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto e sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e il Questionario Medico e/o il Rapporto di Visita Medica.

La copertura termina prima della data di scadenza del Finanziamento in caso di:

- anticipata estinzione totale del Finanziamento, accollo del Finanziamento o trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga;
- cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa o qualora non sia stato possibile procedere con la sostituzione dell'Assicurato;
- liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% o per Malattia Grave;
- Decesso dell'Assicurato.



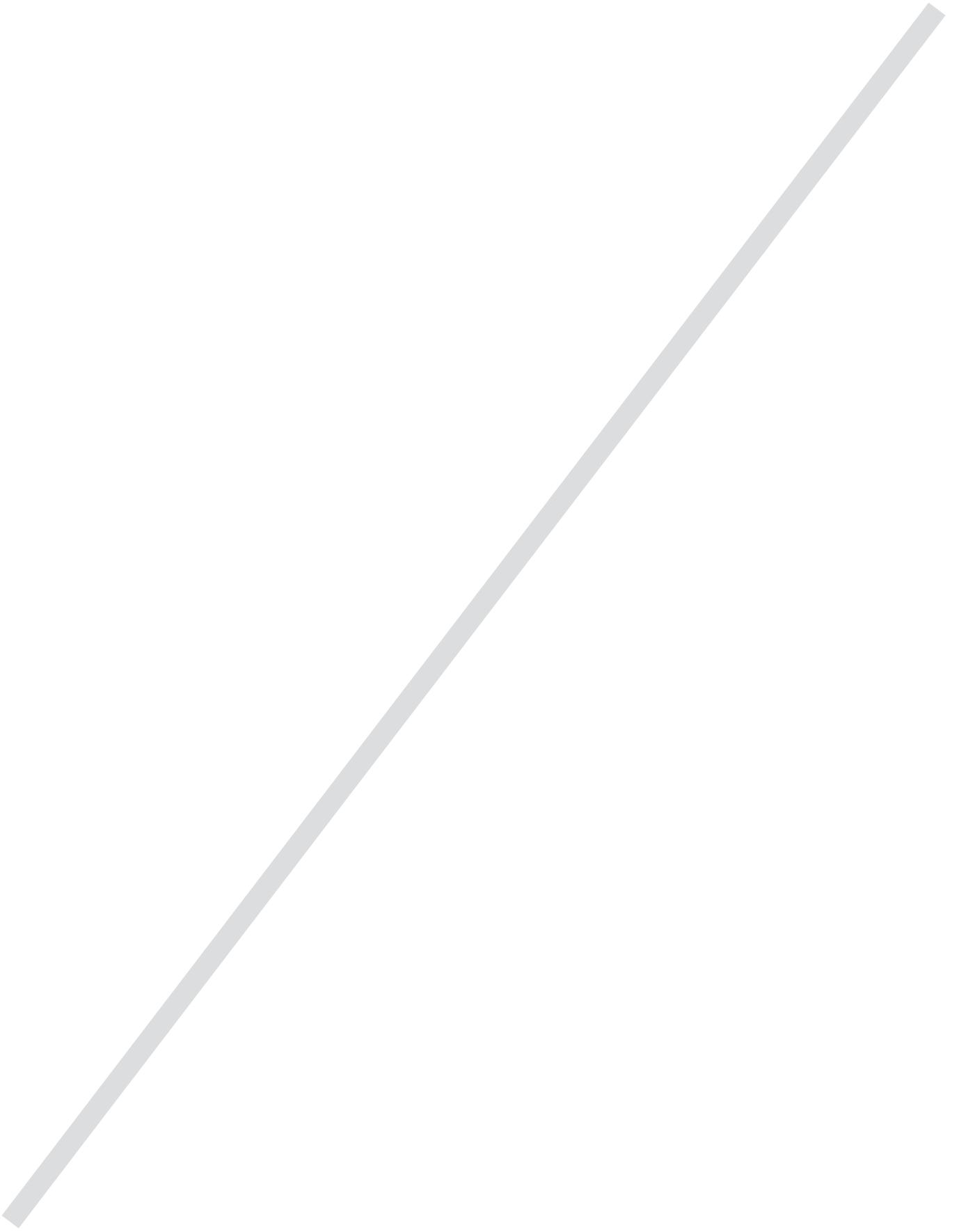
COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Impresa può:

- a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza;
- b) recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

Per recedere l'Impresa può scegliere se:

- utilizzare il modulo di recesso disponibile presso la filiale UniCredit S.p.A ove è stato acceso il Finanziamento, oppure inviare apposita comunicazione sempre alla filiale medesima a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
- nel solo caso a) inviare una pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu





ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION



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

CNP UniCredit Vita S.p.A.
CNP Assurances S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

CPI Imprese a premio unico anticipato non finanziato/recall abbinabile a Mutui Chirografari e Aperture di Credito chirografarie

data di realizzazione del DIP aggiuntivo Multirischi: 1 luglio 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 delle Compagnie.

L'Impresa aderente deve prendere visione delle Condizioni Contrattuali delle Polizze Vita e Danni prima della sottoscrizione del Contratto.

CNP UniCredit Vita S.p.A.,

Via Cornalia, n. 30, 20124, Milano (Italia).

Recapito telefonico: 800.335.335

Sito internet: www.cnpvita.it

Indirizzo di posta elettronica: info@cnpvita.it e info_cnpvita@pec.it

CNP UniCredit Vita S.p.A., società soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A.

La società ha sede legale e direzione generale in Via Cornalia n. 30, 20124 Milano (Italia).

Recapito telefonico: 800.335.335

Sito internet: www.cnpvita.it Indirizzo di posta elettronica: info@cnpvita.it e info_cnpvita@pec.it

CNP UniCredit Vita è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento dall'IVASS n. 580 del 26/5/97 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 2/6/97.

Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n.1.00129.

Si riporta di seguito il patrimonio netto della Compagnia al 31/12/2018 e la relativa suddivisione tra capitale sociale e totale delle riserve patrimoniali.

In base all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di CNP Vita è pari a 698,17 milioni di euro; il capitale sociale ammonta a 381,70 milioni di euro e le riserve patrimoniali a 123,85 milioni di euro. A fine 2018 il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 373,82 milioni di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 168,22 milioni di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura è pari a 778,14 milioni di euro, classificabili in Tier I per il 97% e in Tier III per il restante 3%. Questi dati determinano un Solvency Ratio (SR) del 208,16%.

La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (c.d. SFCR) è reperibile sul sito della Compagnia al link https://www.cnpvita.it/public/chi-siamo/solvency_ii.html

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 all'INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE e INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA, al RICOVERO OSPEDALIERO e alla MALATTIA GRAVE.

Sede Legale

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.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa CNP Assurances S.A al 31/12/2018

Patrimonio netto = 11.459 milioni di euro

Capitale sociale = 687 milioni di euro

Riserve patrimoniali = 10.773 milioni di euro

In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 13 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 5,8 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 22,4 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%.

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

Al Contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA È ASSICURATO?

Ramo Vita

La Polizza Vita prevede la seguente prestazione:

a) Prestazione in caso di Decesso:

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

Ramo Danni

La Polizza Danni prevede le seguenti prestazioni:

b) Prestazione in caso di INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

c) Prestazione in caso di INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

d) Prestazione in caso di RICOVERO OSPEDALIERO

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

e) Prestazione in caso di MALATTIA GRAVE

Per la Garanzia Malattia Grave, 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. E' 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. E' 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. E' 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 Assicurate sopra riportate operano solo se previste dal Pacchetto sottoscritto.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

Ramo Vita

Per la Polizza Vita non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

Ramo Danni

Per la Polizza Danni non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

RAMI VITA

La copertura Assicurativa Decesso non è operante nei seguenti casi:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazione biologica e/o chimica;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, tranne per il caso di legittima difesa;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Medico, già verificatisi prima della data di adesione alla polizza collettiva; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla polizza collettiva; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi due anni cure farmacologiche, per oltre 30 giorni;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto Visita Medica, già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto Visita Medica;
- suicidio, se avviene nei primi ventiquattro mesi dalla decorrenza della garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse decedere dopo essere stato liquidato dell'indennizzo in seguito al riconoscimento da parte di CNP Assurances S.A. di sopraggiunta Malattia Grave e/o Invalidità Totale Permanente da Infortunio, nulla è dovuto ai beneficiari in quanto il Contratto si è risolto al momento della liquidazione in virtù della Polizza Danni.

RAMI DANNI

Le coperture Assicurative INABILITA' TOTALE TEMPORANEA, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO non sono operanti nei seguenti casi:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 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. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;

- partecipazione attiva dell'Assicurato o del Beneficiario a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 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 etilismo, 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 volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno 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);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- Svolgimento dell'Assicurato di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Per le Coperture assicurative RICOVERO OSPEDALIERO e INABILITA' TOTALE TEMPORANEA la Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 nel corso della durata contrattuale.

La Copertura Assicurativa MALATTIA GRAVE non è operante nei seguenti casi:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 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. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- 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;
- 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 etilismo, 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 volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno 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);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- Svolgimento dell'Assicurato di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme

petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

Qualora l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla richiesta di apertura del sinistro per Invalidità Totale Permanente o per Malattia Grave, CNP Assurances S.A. proseguirà con la valutazione del sinistro aperto e, qualora liquidabile, l'indennità sarà trasmessa agli eredi; in caso di pagamento dell'indennità da parte di CNP Assurances S.A. anche il Contratto relativo alla copertura assicurativa Decesso si risolve; Si precisa infatti che le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave non sono cumulabili tra loro. In caso di mancato indennizzo dell'Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave, la Compagnia Cnp Unicredit Vita provvederà a valutare e, se indennizzabile, liquidare il sinistro per Decesso.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

DENUNCIA DEL SINISTRO

RAMO VITA

I sinistri relativi alla Polizza Vita per la Copertura Decesso devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi causa rivolgendosi direttamente al Contraente (la Banca) o per iscritto alla Compagnia mediante raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito: via Cornalia n. 30, 20124 Milano.

A supporto è possibile contattare il servizio clienti al numero verde 800.129.027 attivo da lunedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia CNP UniCredit Vita S.p.A. richiede ai beneficiari designati la consegna dei documenti di seguito elencati:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato medico attestante la causa del Decesso;
- copia della Cartella Clinica (in caso di Decesso ospedaliero);
- certificazione del capitale residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dall'Autorità Giudiziaria intervenuta a seguito dell'incidente (in caso di morte violenta o accidentale);

Cosa fare in caso di sinistro?

- Scheda di Adeguata Verifica (SAV) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- copia della Visura camerale aggiornata con le modifiche derivanti dall'evento denunciato (se Beneficiario persona giuridica);
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante (se Beneficiario persona giuridica);
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto notorio (autenticata e rilasciata dal Beneficiario nominato o erede Beneficiario);
- verbale di pubblicazione del testamento olografo o Verbale di registrazione del testamento pubblico (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

Il modulo di liquidazione che la Compagnia mette a disposizione sul sito www.cnpvita.it, cliccando su "Sei Beneficiario di una polizza?" non è vincolante (la richiesta, infatti, può essere effettuata anche in carta libera), benché si consigli di utilizzarlo per agevolare e velocizzare le operazioni di liquidazione.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento della stessa; di conseguenza eventuali richieste incomplete possono comportare un allungamento nei tempi complessivi di liquidazione.

RAMO DANNI

I sinistri relativi alla Polizza Danni per le Coperture INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE, RICOVERO OSPEDALIERO e INABILITA' TOTALE TEMPORANEA devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi causa rivolgendosi direttamente al Contraente (la Banca) o per iscritto 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

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia CNP Assurances S.A. richiede la consegna dei documenti di seguito elencati per singole prestazioni:

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO

- 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 indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'Assicurato era conducente del veicolo.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

Qualora 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.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA 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 indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla Polizza.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

Qualora 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.

INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE 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 Finanziamento abbinato alla polizza

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Certificato di dimissioni dal ricovero rilasciato dall'ospedale
- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relativi alla Malattia Grave
- Copia del Piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza.

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri della Compagnia che potrà essere richiesto direttamente alla Compagnia oppure recandosi presso la filiale del Contraente presso la quale è stato sottoscritto il Contratto di Finanziamento (o dove è avvenuta l'adesione in caso di Finanziamento in essere).

Cosa fare in caso di sinistro?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>PRESCRIZIONE</p> <p>Per la garanzia Decesso, secondo la normativa vigente, si possono richiedere le prestazioni assicurative entro dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento che dà diritto all'erogazione della somma dovuta ai Beneficiari designati (Decesso dell'Assicurato), fatte salve specifiche disposizioni di legge.</p> <p>Decorsi tali termini la Compagnia Vita ha l'obbligo di legge di devolvere tali somme al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori di vittime di frodi finanziarie per cui non si potranno più ottenere le prestazioni. 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.</p>
	<p>LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE</p> <p>Le Compagnie CNP UniCredit Vita S.p.A e CNP Assurances S.A. provvederanno a corrispondere al Beneficiario le somme dovute entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, qualora il sinistro denunciato risulti indennizzabile.</p>
	<p>GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE</p> <p>Non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre Compagnie diverse da CNP UniCredit Vita e CNP Assurances S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.</p>
	<p>ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE</p> <p>Non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con le Compagnie.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Per esercitare correttamente l'attività assicurativa, le Compagnie, in relazione alle Coperture che rispettivamente forniscono, devono essere in possesso di tutte le informazioni necessarie per poter conoscere e valutare i rischi assicurati.</p> <p>Conseguentemente in fase di sottoscrizione della polizza l'Impresa aderente e l'Assicurato devono rendere dichiarazioni esatte, complete e veritiere in riscontro a quanto richiesto nel Contratto assicurativo.</p> <p>Diversamente, dichiarazioni inesatte o reticenti (ovverosia anche solo parzialmente omissive) rese dall'Impresa aderente e dall'Assicurato possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere la prestazione prevista nel Contratto (ai sensi di quanto previsto dal Codice Civile agli artt. 1892, 1893).</p> <p>Nello specifico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nel caso in cui l'Impresa aderente e l'Assicurato rendano dichiarazioni inesatte o reticenti con dolo (ovverosia essendo consapevole della falsità/incompletezza di quanto dichiarato) o colpa grave (ovvero omettendo la benché minima attenzione nella descrizione del proprio stato di salute) e il sinistro relativo alle Coperture Vita e Danni si verifichi prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia interessata, la medesima non sarà tenuta a pagare alcuna prestazione assicurativa e avrà diritto a trattenere i premi versati, spettanti per legge; 2. nel caso in cui l'Impresa aderente e l'Assicurato rendano dichiarazioni inesatte o reticenti senza dolo o colpa grave e il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, quest'ultima avrà diritto a trattenere i premi versati e la prestazione assicurata sarà ridotta proporzionalmente al diverso livello di rischio accertato. Le Compagnie si riservano comunque la possibilità di non pagare alcuna prestazione assicurativa (trattenendo i premi versati) nei casi in cui l'effettiva condizione di salute dell'Assicurato, se conosciuta, non avrebbe consentito l'assicurabilità dello stesso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	<p>L'Impresa aderente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza; • Anticipata estinzione parziale o totale del Finanziamento, accollo del Finanziamento o trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga; • Cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa aderente o qualora non sia stato possibile procedere con la sostituzione dell'Assicurato. • E' prevista la facoltà di recedere annualmente dalle sole coperture assicurative danni, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. <p>CNP Assurances S.A. 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 E MALATTIA GRAVE.</p>
Sconti	<p>Ramo Vita: Non Previsti.</p> <p>Ramo Danni: La Compagnia non applica ulteriori sconti di premio oltre a quello previsto in virtù della durata poliennale del Contratto.</p>



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	<p>La Polizza Vita e la Polizza Danni hanno durata Poliennale, non è prevista la possibilità di rinnovo a scadenza. La Copertura assicurativa, che avrà una durata pari alla durata del Finanziamento sottoscritto e comunque non superiore a 120 mesi (10 anni), decorre dalle ore 24.00 del giorno della stipula del Finanziamento abbinato alle Polizze (se di nuova erogazione) ovvero dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio (se in essere).</p> <p>E' prevista la facoltà di recedere dalle coperture assicurative danni, annualmente, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere volontariamente le garanzie.



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

Revoca	Non è prevista la possibilità per l'Impresa aderente di revocare la Proposta.
Recesso	<p>L'Impresa aderente può recedere dalle Polizze Vita e Danni entro 60 giorni dalla data di decorrenza. La comunicazione di recesso potrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente (la Banca) ove è stato acceso il finanziamento (o dove è avvenuta l'adesione in caso di Finanziamento in essere) o, in alternativa, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare sempre alla medesima filiale. Sarà cura del Contraente comunicare alle Compagnie la richiesta di recesso. La comunicazione di recesso sarà analogamente efficace su entrambe le Polizze, Vita e Danni. Non è infatti possibile recedere da una sola delle due Polizze.</p> <p>CNP UniCredit Vita S.p.A., e CNP Assurances S.A. provvederanno, per il tramite del Contraente, al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.</p> <p>L'Impresa aderente ha la facoltà di recedere dalla sola Polizza Danni (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, RICOVERO OSPEDALIERO, INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA e MALATTIA GRAVE), annualmente, con preavviso di 60 giorni.</p>
Risoluzione	Non è prevista la possibilità di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Le Polizze Vita e Danni sono dedicate alle persone giuridiche che al momento della sottoscrizione della proposta:

- siano titolari di un conto corrente presso UniCredit S.p.A;
- abbiano sottoscritto o abbiano in essere un Contratto di Finanziamento con UniCredit S.p.A;
- abbiano residenza fiscale in Italia;
- abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi quali Decesso, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea, Malattia Grave o Ricovero ospedaliero che, colpendo il soggetto Assicurato, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa (Key Man), impediscono il completamento del piano previsto dal finanziamento ovvero la continuità nel pagamento delle rate.

Il soggetto Assicurato deve avere un'età compresa tra 18 compiuti e 70 anni non compiuti mentre l'età a scadenza non deve essere superiore a 75 anni non compiuti.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Il presente Contratto non è soggetto ad alcuna spesa di emissione.

I Costi complessivi trattenuti dalla Compagnia, a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già inclusi nei tassi di premio e comprensivi della quota retrocessa all'Intermediario:

- per la Polizza Vita sono pari al 65,50% del premio (su tale premio non sono previste imposte);
- per la Polizza Danni sono pari al 60,07% del premio imponibile (al netto delle imposte di legge).

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi a visita medica, fornendo alla Compagnia il Rapporto Visita Medica richiesto, per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tali accertamenti sanitari potrà variare in considerazione della struttura Sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a carico dell'Impresa. In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

• Costi di Intermediazione

L'importo percepito dall'intermediario a titolo di provvigione relativamente

- alla polizza Vita è pari al 49,50% del premio.
- alla polizza Danni è pari al 49,50% del premio imponibile.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

Le polizze non prevedono opzioni di riscatto e riduzione

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami riguardanti la Garanzia Decesso devono essere inoltrati per iscritto a CNP UniCredit Vita S.p.A., Funzione Reclami, Via Cornalia, 30, 20124 - Milano, fax 02 91184065, e-mail info_reclami@cnpvita.it.

I reclami riguardanti le Garanzie, 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: 02/72.60.11.51- reclami@cnpitalia.it

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

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario.

Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al Contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

All'IVASS	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alle Compagnie abbia avuto un esito anche parzialmente insoddisfacente o una risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti: mediante posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187- Roma, fax: 06.42.133206, o PEC: ivass@pec.ivass.it.</p> <p>In particolare i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome e domicilio del Reclamante con eventuale recapito telefonico; - individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; - breve descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo già presentato alla Compagnia corredato dell'eventuale riscontro da questa fornito; - ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo. <p>Sul sito HYPERLINK "http://www.ivass.it" www.ivass.it, alla Sezione PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo -, posso essere reperite le istruzioni di presentazione del reclamo e il relativo modulo -</p> <p>Per la sola polizza Danni, essendo la Compagnia CNP Assurances S.A. 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.</p>
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA È POSSIBILE, IN ALCUNI CASI NECESSARIO, AVVALERSI DI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE, QUALI:

Mediazione	<p>La mediazione è un istituto che si avvale dell'intervento di un Soggetto terzo imparziale (Mediatore), dotato di specifiche competenze ed incaricato di assistere delle Parti (assistite dai propri Avvocati) in contrapposizione al fine di aiutarle a trovare un accordo bonario. Ai sensi di legge, qualora si intenda ricorrere all'Autorità Giudiziaria per dibattere su controversie in ambito assicurativo, risulta obbligatorio azionare un preventivo tentativo di mediazione interpellando uno degli Organismi di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it; (L. 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>La negoziazione assistita consiste in un accordo facoltativo attraverso il quale le Parti, (assistite dai propri Avvocati) si impegnano di cooperare per risolvere in via amichevole una controversia.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI</p> <p>le somme corrisposte per il caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.</p> <p>DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI</p> <p>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").</p> <p>Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta. Per i percettori di redditi da lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.</p> <p>Si specifica che, prevedendo il pagamento di un premio unico anticipato, è consentita la detrazione fiscale del premio solo per l'anno in cui è stato effettuato il pagamento.</p>
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVVERTENZE

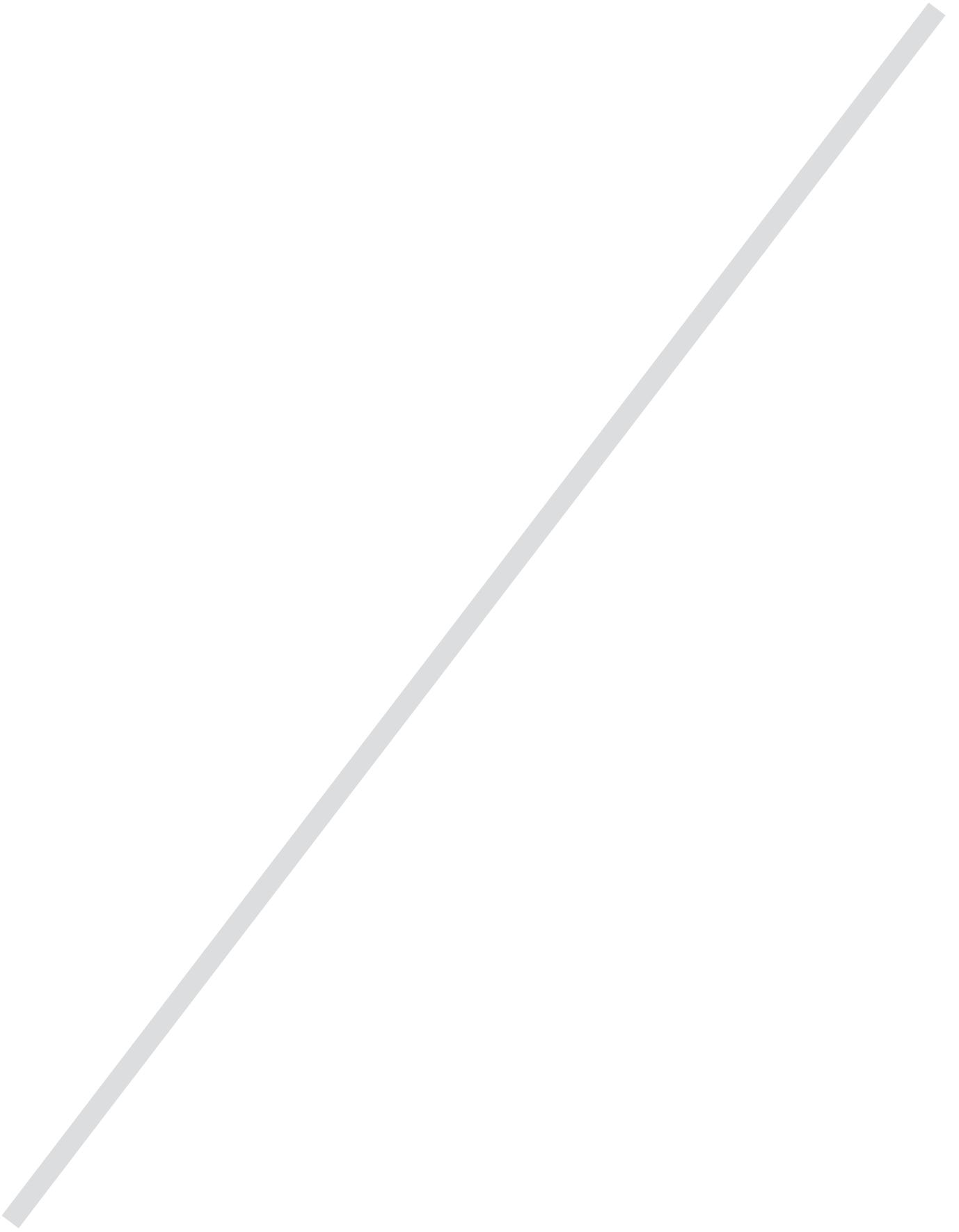
IN CASO DI ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE DEL FINANZIAMENTO, OVVERO NEI CASI DI TRASFERIMENTO O DI ACCOLLO DEL FINANZIAMENTO, LE COMPAGNIE HANNO L'OBBLIGO DI RESTITUIRE ALL'IMPRESA ADERENTE LA PARTE DI PREMIO PAGATA RELATIVA AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA, L'IMPRESA ADERENTE PUO' RICHIEDERE ALLE COMPAGNIE LA PROSECUZIONE DELLE POLIZZE FINO ALLA SCADENZA.

IN CASO DI ESTINZIONE PARZIALE DEL FINANZIAMENTO, LE COMPAGNIE HANNO L'OBBLIGO DI RESTITUIRE ALL'IMPRESA ADERENTE LA QUOTA PARTE DI PREMIO IN PROPORZIONE ALLA QUOTA DI DEBITO ESTINTO ANTICIPATAMENTE. IN ALTERNATIVA, L'IMPRESA ADERENTE PUO' RICHIEDERE DI MANTENERE IN VIGORE LE COPERTURE FINO ALLA SCADENZA CONTRATTUALE INIZIALE.

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

PRIMA DI SOTTOSCRIVERE IL 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 LE COMPAGNIE NON DISPONGONO DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA ALL'ADERENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



POLIZZA COLLETTIVA VITA

INDICE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione	1
Art. 2 Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa	1
Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	2
Art. 4 Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa	2
Art. 5 Diritto di Recesso dell'Assicurato	4
Art. 6 Prestazioni Assicurate	4
Art. 7 Esclusioni	5
Art. 8 Beneficiari	5
Art. 9 Premio	5
Art. 10 Costi gravanti sul Premio	6
Art. 11 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti	6
Art. 12 Limiti di indennizzo e Capitale massimo Assicurato	9
Art. 13 Denuncia di sinistro	9
Art. 14 Liquidazione del sinistro	9
Art. 15 Documentazione da consegnare all'Assicurato	10
Art. 16 Legge applicabile	10
Art. 17 Comunicazioni	10
Art. 18 Estensione territoriale	10
Art. 19 Cessione dei diritti	10
Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità	10
Art. 21 Foro competente	10

GLOSSARIO

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

Il presente Contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente, la Compagnia, l'Assicurato e l'Impresa allo scopo di garantire un capitale nel caso di Decesso dell'Assicurato.

La prestazione assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e per Malattia Grave corrisposti all'Assicurato in virtù della Polizza Collettiva Danni stipulata dal Contraente con CNP Assurances S.A..

Art. 2 Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa

Art. 2.1. Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) sia un collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicato dall'Impresa stessa la quale abbia stipulato un Mutuo o Apertura di credito la cui scadenza sia prevista non oltre il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- b) abbia un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 non compiuti alla data di stipula del Mutuo o Apertura di credito;
- c) abbia la residenza in Italia. Qualora l'indirizzo di residenza dell'Assicurato differisca da quello di domicilio abituale quest'ultimo dovrà comunque essere in Italia. Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato si trasferisca in modo definitivo in uno stato diverso dall'Italia, il Contratto si risolve a seguito della ricezione della segnalazione di trasferimento. L'Assicurato deve sempre comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei propri indirizzi di riferimento
- d) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla Copertura Assicurativa;
- e) abbia adempiuto alle Formalità di Ammissione previste al successivo art. 2.2.

Ciascun Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui sopra e deve essere indicato nel Modulo di Adesione. Qualora per errore sia stato pagato il Premio per una persona non assicurabile, il relativo importo verrà rimborsato dalla Compagnia per il tramite del Contraente.

Art. 2.2 Formalità di Ammissione alla Copertura Assicurativa

Valutata preventivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Impresa è ammessa alla Copertura Assicurativa la persona fisica collaboratore, socio o dipendente di rilevante importanza per l'Impresa che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato/Impresa e per il Contraente).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contestuale adesione alla Polizza Collettiva Danni stipulata dal Contraente con CNP Assurances S.A. avente per oggetto le garanzie di Invalidità Totale Permanente da Infortunio/Malattia dell'Assicurato, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea da Infortunio/Malattia dell'Assicurato.

All'interno del Modulo di Adesione dovranno essere riportati obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) Dati anagrafici dell'Assicurato;
- b) Dati del Contraente;
- c) Denominazione dell'Impresa;
- d) Numero di domanda del Mutuo o Apertura di credito cui si riferisce l'assicurazione;
- e) Importo richiesto del Mutuo o Apertura di credito o del capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione se già erogato;
- f) Importo del Premio unico anticipato;
- g) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
- h) Provvigioni percepite dall'Intermediario.

L'impresa, se previsto, dovrà inoltre fornire i dati necessari per l'adeguata verifica antiriciclaggio.

Ciascun Assicurato dovrà inoltre, in funzione dell'importo richiesto e dell'età alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative / sottoscrizione del Modulo di Sostituzione, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA di seguito riportata, procedere a:

- compilare il Questionario Medico (A);
- fornire il Rapporto Visita Medica (B) e gli eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti, l'importo richiesto da considerare ai fini della Tabella Assuntiva sarà pari alla somma di tutti i singoli importi relativi all'Assicurato stesso.

Importo richiesto/ Capitale Residuo	Età compresa tra 18 e 65 anni compiuti	Età compresa tra 66 e 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Modalità (A) - Questionario	Modalità (B) - Rapporto
	Medico Mutui	Visita Medica
Oltre € 300.000,00	Modalità (B) - Rapporto	Modalità (B) - Rapporto
Fino a € 500.000,00	Visita Medica	Visita Medica

Si evidenzia che, qualora l'Assicurato debba sottoporsi a visita medica, fornendo alla Compagnia il Rapporto Visita Medica richiesto, per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tali accertamenti sanitari potrà variare in considerazione della struttura Sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a carico dell'Impresa.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

La Compagnia:

- relativamente alla modalità (A) compilazione Questionario Medico, si riserva il diritto una volta esaminato lo stesso di richiedere la compilazione del Rapporto di Visita Medica;
- relativamente alla modalità A) compilazione Questionario Medico e (B) Rapporto Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla Copertura Assicurativa.

Nel caso di più Assicurati relativi allo stesso Mutuo o alla stessa Apertura di credito, la mancata accettazione da parte della Compagnia dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti altri Assicurati.

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità, esattezza e completezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo o Apertura di credito intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, lo stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia prima della stipula, per il tramite del Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Per ciascun Assicurato, e sempre che la Compagnia abbia dato accettazione all'ammissione in copertura, la garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui la stipula del Mutuo o Apertura di credito avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della presentazione della documentazione sanitaria richiesta. Nel caso la stipula del Mutuo o Apertura di credito avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Il Questionario Medico, nel caso le dichiarazioni nello stesso rilasciate da parte dell'Assicurato comportassero ulteriori valutazioni da parte della Compagnia, la documentazione del Rapporto Visita Medica e gli eventuali esami medici vengono inviati in busta chiusa a CNP UniCredit Vita – Ufficio Assunzioni - via Cornalia n. 30, 20124 Milano, per il tramite del Contraente. Il rifiuto o la conferma di accettazione del Rischio verranno comunicati dalla Compagnia all'Assicurato, e al Contraente per conoscenza.

All'Impresa/Assicurato dovranno essere consegnati, unitamente a una copia del Modulo di Adesione, il Set Informativo, contenente Dip Vita, Dip Danni, Dip aggiuntivo Multirischio, Condizioni Contrattuali Vita e Danni, comprensive dei rispettivi Glossari.

Una copia del Modulo di Adesione, riportante l'Informativa Privacy e il consenso al Trattamento dei dati sensibili, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Compagnia qualora ne facesse richiesta.

Qualunque alterazione, variazione o aggiunta apportata al testo del Modulo di Adesione o delle Condizioni Contrattuali renderà nulle e quindi inoperanti le garanzie di cui al Modulo di Adesione medesimo.

Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del Rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione assicurata, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 4 Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa

Art. 4.1 Decorrenza della Copertura Assicurativa

L'adesione al Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato.

Per ciascun Assicurato la Copertura Assicurativa decorre:

- in presenza di contratti relativi a Mutui o Apertura di credito di nuova erogazione, dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo o Apertura di credito;
- in presenza di contratti relativi a Mutui o Apertura di credito già erogati, dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, fermo restando che:
 - sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione;
 - sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia;

ovvero

- l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica il cui esito (Rapporto Visita Medica) sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia;

e semprechè

- sia stato pagato il relativo Premio.

La data di erogazione del Mutuo o Apertura di credito in caso di nuova erogazione piuttosto che la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione in caso di Mutuo o Apertura di credito già erogata, è comunicata alla Compagnia dal Contraente.

Successivamente alla decorrenza della Copertura Assicurativa, il Contraente invierà all'Impresa specifica comunicazione nella quale vengono indicate le Coperture Assicurative sottoscritte e la facoltà, in capo alla stessa Impresa, di recedere dalla polizza ed ottenere il rimborso del Premio versato

Art. 4.2 Durata della Copertura Assicurativa

Per ciascun Assicurato la durata della Copertura Assicurativa, espressa in mesi interi, nel limite massimo di 10 anni (120 mesi), coincide:

- a) con la durata originaria del Mutuo o Apertura di credito, comprensiva di un eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi, per i Contratti stipulati in forza di Mutuo o Apertura di credito di nuova erogazione;
- b) con la durata residua del Mutuo o dell'Apertura di credito per i Contratti stipulati in forza di Mutuo o Apertura di credito già erogati;

La durata del Mutuo o Apertura di credito in caso di nuova erogazione piuttosto che la durata residua del Mutuo o Apertura di credito già erogata, è comunicata alla Compagnia dal Contraente.

Art. 4.3 Cessazione della Copertura Assicurativa

Fermo restando quanto stabilito al precedente art. 4.2, la Copertura Assicurativa cessa alla scadenza del Contratto di Mutuo o Apertura di credito secondo i termini originariamente convenuti.

La Copertura Assicurativa cessa comunque, anche prima delle scadenze sopra indicate, dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica anche uno solo dei seguenti eventi:

- a) estinzione totale anticipata del Mutuo o Apertura del credito o di surroga del Mutuo;
- b) liquidazione del capitale assicurato da parte della Compagnia a seguito di Decesso dell'Assicurato;
- c) liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e per Malattia Grave corrisposti da CNP Assurances S.A. in virtù della Polizza Collettiva Danni, collegata al medesimo Mutuo o Apertura di credito di cui al presente Contratto, stipulata dal Contraente con CNP Assurances S.A..
- d) accollo del Mutuo o Apertura di credito da parte di terzi, come previsto dall'Art. 1273 del Codice Civile;
- e) esercizio del diritto di Recesso, come disciplinato al successivo art. 5 "DIRITTO DI RECESSO".
- f) trasferimento definitivo dell'Assicurato in uno stato presso il quale la Compagnia non è autorizzata a prestare la propria attività (ovvero in uno stato diverso dall'Italia);
- g) comunicazione di interruzione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Impresa e l'Assicurato e la mancata sostituzione di quest'ultimo con altro soggetto;
- h) ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del Contratto.

Relativamente agli eventi a) e d) sopra indicati, la Copertura Assicurativa non cessa, continuando a produrre i propri effetti, qualora, come previsto e indicato nel successivo art. 11 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI", l'Impresa, in alternativa al rimborso dei ratei di Premio pagati e non goduti, decida di chiedere alla Compagnia di mantenere la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale, a favore degli eventuali nuovi Beneficiari designati dall'Impresa.

In nessun caso la Compagnia sarà obbligata a corrispondere alcuna Prestazione Assicurata – come definita all'art. 6 "PRESTAZIONI ASSICURATE" - per Sinistri che si verifichino oltre il termine di durata della Copertura Assicurativa.

Art. 4.4 Cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa

Nel caso in cui un Assicurato cessi qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, quest'ultima deve darne tempestivamente comunicazione alla Compagnia, per il tramite del Contraente, indicando il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio che dovrà ritenersi Assicurato in sostituzione del precedente.

In mancanza di tale comunicazione la Copertura Assicurativa continua a essere operante per l'Assicurato originariamente indicato.

L'Impresa deve quindi compilare l'apposito Modulo di Sostituzione presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Mutuo o Apertura di credito, indicando:

- a) ragione sociale dell'Impresa;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato uscente e di quello entrante;
- c) numero di repertorio del Mutuo o Apertura di credito;
- d) Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito alla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione.

Il nuovo Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2.1 e deve ottemperare alle modalità assuntive di cui all'art. 2.2; a tal proposito, quanto previsto dalla tabella di cui all'art. 2.2 stesso, viene determinato non più in base all'importo richiesto del Mutuo o Apertura di credito, ma bensì in base al Capitale Residuo in essere alla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione.

Il nuovo Assicurato dovrà adempiere alle Formalità di Ammissione previste al precedente art. 2.2. Fino a produzione della documentazione

assuntiva e alla relativa accettazione da parte della Compagnia alle coperture assicurative, l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato è limitata ai sinistri riconducibili a infortuni, cioè eventi fortuiti, violenti ed esterni che abbiano come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili. Qualora si verificasse un sinistro non riconducibile a infortunio, nel periodo antecedente l'accettazione della Compagnia alle coperture assicurative, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione, secondo la formulazione indicata all'art. 11 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Mutuo o Apertura di credito. Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, il nuovo assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione, secondo la formulazione indicata all'art. 11 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Mutuo o Apertura di credito.

Nel caso in cui invece, a seguito della cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa, quest'ultima non dovesse indicare un altro soggetto quale sostituto, la Compagnia provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio, corrispondente al periodo di Assicurazione che non verrà goduto.

L'importo del rimborso si determina applicando la seguente formulazione:

$$(a) R = PPU * (N-K) / N * DR(k) / CE + H * (N-K) / N$$

dove:

R = importo da rimborsare

PPU = P (premio unico anticipato)-C

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

DR(k) = Debito residuo al momento della comunicazione di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa (pari al capitale assicurato in quel momento in essere).

CE = Capitale Erogato, eventualmente riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali.

N = durata del Mutuo espressa in mesi interi

K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi

Nel caso in cui siano intervenute precedentemente estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali delle prestazioni assicurative, l'importo del premio (PPU) e dei costi complessivi (C) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati.

Art. 5 Diritto di Recesso dell'Assicurato

L'Impresa per uno o più assicurati può recedere dal presente Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, recandosi presso la filiale del Contraente ove è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa.

Il Contraente darà quindi informazione del Recesso alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.

Qualora fosse già stato pagato il Premio assicurativo, la Compagnia provvederà al suo rimborso a favore dell'Impresa per il tramite del Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di Recesso.

In caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Mutuo o Apertura di credito, il Recesso dal Contratto di Assicurazione da parte dell'Impresa in relazione ad uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione del Contratto di Assicurazione a favore degli altri Assicurati.

Infine, l'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Impresa, in relazione alla Copertura Assicurativa danni collegata al medesimo Mutuo o Apertura di credito, se effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, determina la cessazione della presente copertura assicurativa ed il rimborso del Premio pagato da parte della Compagnia all'Impresa secondo le modalità indicate nel presente articolo 5.

Analogamente, l'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Impresa in relazione alla presente Copertura Assicurativa vita, produce quale effetto la cessazione alla Copertura Assicurativa danni collegata al medesimo Mutuo o Apertura di credito e il rimborso all'Impresa del competente Premio pagato.

Art. 6 Prestazioni Assicurate,

Il presente Contratto prevede, in caso di Decesso, dell'Assicurato, che dovesse verificarsi per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa, senza limiti territoriali, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia del Capitale Residuo del Mutuo o Apertura del credito in essere alla data del sinistro, salve le limitazioni previste al successivo art. 7 "ESCLUSIONI" e i limiti di indennizzo previsti all'art. 12 "LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO".

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'intero Importo del Mutuo o Apertura di credito erogato all'Impresa (capitale assicurato iniziale) o del Capitale Residuo, e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito stesso.

Ai fini della determinazione del Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito, si assume che tutte le rate previste nel piano di ammortamento, già scadute alla data del sinistro, siano state regolarmente corrisposte.

Si precisa che, nel caso in cui l'importo erogato all'Impresa fosse superiore alla somma di Euro 500.000,00 prevista come limite massimo per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al Capitale Residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'Importo erogato.

Il capitale assicurato iniziale di riferimento per la determinazione del limite massimo assicurabile è da considerarsi quello cumulato in essere alla data di adesione al Contratto, derivante da tutte le eventuali ulteriori coperture in essere del singolo soggetto Assicurato con la Compagnia, sommato all'importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa per la presente polizza.

Per data del sinistro si intende la data di Decesso dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Copertura Assicurativa, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia e il Premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Art. 7 Esclusioni

Il Rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso - senza limiti territoriali, senza tenere conto dei cambiamenti di professione e di attività sportiva - salvo nei casi in cui il Decesso sia causato da:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazione biologica e/o chimica;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, tranne per il caso di legittima difesa;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico prima della data di adesione alla polizza collettiva; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla polizza collettiva; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi cinque anni cure farmacologiche, approfondimenti diagnostici, ricoveri, interventi chirurgici;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- suicidio, se avviene nei primi ventiquattro mesi dalla decorrenza della Copertura Assicurativa.
- suicidio, se avviene nei primi ventiquattro mesi dalla decorrenza della Copertura Assicurativa.

Resta fermo, per le sottoscrizioni con la compilazione del Questionario Medico, che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio da parte della Compagnia comporteranno la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 8 Beneficiari

Beneficiario della prestazione caso morte è l'Impresa.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa - con il consenso scritto dell'Assicurato - può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione del Beneficiario inviando una comunicazione scritta alla Compagnia.

Il Beneficiario non potrà peraltro configurarsi, né in fase di sottoscrizione, né quale conseguenza di successiva modifica, nell'Intermediario del presente Contratto.

Il pagamento della Prestazione Assicurata verrà quindi eseguito dalla Compagnia nei confronti del/dei Beneficiario/i dell'Assicurazione designato/i, e avrà piena efficacia liberatoria a favore della Compagnia stessa in relazione agli obblighi assunti da quest'ultima in base alla Polizza Collettiva.

Art. 9 Premio

Il Premio è pagato dall'Impresa alla Compagnia in forma unica e anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

La determinazione del Premio dipende:

- a) in presenza di contratti relativi a Mutui o Aperture di credito di nuova erogazione, dalla durata della Copertura Assicurativa espressa in mesi e dall'importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa,
- b) in presenza di contratti relativi a Mutui o Aperture di credito già erogati, dalla durata residua del Mutuo o dell'Apertura di credito alla data di decorrenza della Copertura Assicurativa e dall'importo del capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'importo del Premio viene determinato come di seguito indicato:

$$P = T * IR * N$$

Dove:

T = tasso mensile finito pari a 0,0380%

IR = Importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa o del Capitale Residuo.

N = numero di mesi interi di durata contrattuale o numero di mesi interi residui in caso di Mutuo o Apertura di credito precedentemente erogato.

Nel caso in cui l'importo del Mutuo o Apertura di credito richiesta dall'Impresa o il Capitale Residuo fosse superiore al limite di Euro

500.000,00, l'importo da considerare per il calcolo del Premio per ciascun Assicurato sarà pari a tale limite.

In caso di surroga, accollo o anticipata estinzione totale o parziale del Mutuo o Apertura di credito rispetto ai termini originariamente convenuti, la Compagnia restituisce all'Impresa, che decida di non mantenere la Copertura Assicurativa invariata rispetto all'evento stesso, la parte del Premio pagato e non goduto

- relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (in caso di anticipata estinzione totale del Mutuo o Apertura di Credito), o
- in virtù della riduzione del capitale assicurato (in caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo o Apertura di Credito), come previsto al successivo art. 11 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI".

Art. 10 Costi gravanti sul Premio

Sul Premio unico gravano costi di acquisizione e costi di gestione; si precisa che tali costi costituiscono parte del Premio unico corrisposto dall'Impresa.

I costi complessivi (acquisizione e gestione) sono pari al prodotto tra il Premio unico, corrisposto dall'Impresa e la percentuale indicata nella tabella sottostante:

% COSTI COMPLESSIVI	65,50%
---------------------	--------

Art. 11 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti

Art. 11.1 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata parziale del Mutuo

In caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo la Compagnia

- provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio anticipato, in virtù della riduzione del capitale assicurato per effetto dell'estinzione parziale
- riduce proporzionalmente le prestazioni assicurative della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

L'importo del rimborso si determina applicando la seguente formulazione:

$$R = [PPU \cdot (N-K) / N \cdot DRk / CE + H \cdot (N-K) / N] \cdot Cest / DRk$$

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il capitale erogato (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

- PPU (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $PPU^1 \cdot (1 - Cest / DR)$
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $CE \cdot (P_1 / P_0)$
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $H^1 \cdot (1 - Cest / DR)$

¹ I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita.

Dove:

- R = importo da rimborsare
- P = premio unico anticipato
- H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) eventualmente riproporzionati per effetto di precedenti estinzioni parziali per i quali si è proceduto ad un rimborso della quota parte di premio non goduto.
- PPU = Premio unico anticipato puro (P (al netto delle imposte) - H) eventualmente riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali.
- DRk = Debito residuo assicurato al momento dell'estinzione anticipata (pari al capitale assicurato in quel momento in essere).
- Cest = Importo dell'estinzione parziale versato dall'Assicurato
- CE = capitale erogato, riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato (0)
- $P_1 = P \cdot (1 - Cest / DR)$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta
- P_0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempi di estinzione anticipata parziale senza estinzione parziale precedente

	120	120
Durata del finanziamento		
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	4.560,00 euro	4.560,00 euro
Premio puro anticipato	1.572,00 euro	1.572,00 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	2.988,00 euro	719,22 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito residuo	81.552,04 euro	21614,72 euro
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 euro	10.000,00 euro
Importo da rimborsare	837,75 euro	97,99 euro

Esempi di estinzione anticipata parziale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

	120	120
Durata del finanziamento		
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	4.560,00 euro	4.560,00 euro
Premio puro anticipato	1.572,00 euro	1.572,00 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	2.988,00 euro	3.378,00 euro
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 euro	10.000,00 euro
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 euro	90.867,35 euro
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 euro	80.867,35 euro
Premio puro anticipato riproporzionato	1.399,00 euro	1.399,00 euro
Costi complessivi riproporzionati	2.659,17 euro	3.006,25 euro
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 euro	88.994,95 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 euro	46.698,59 euro
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 euro	10.000,00 euro
Importo da rimborsare	800,67 euro	400,48 euro

Tale importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite del Contraente, che lo imputerà a credito dell'Impresa.

Art. 11.2 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata totale del Mutuo

In caso di surroga, accollo o estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto ai termini originariamente convenuti, che non sia dovuta a liquidazione del sinistro per Decesso dell'Assicurato, da parte di CNP UniCreditVita S.p.A., o per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave da parte di CNP Assurances S.A., in virtù della polizza danni sottoscritta dall'Impresa contestualmente alla presente, la Compagnia:

- provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio, corrispondente al periodo di Assicurazione pagato e che non verrà goduto.

L'importo del rimborso si determina applicando la seguente formulazione:

$$R = [PPU \cdot (N-K) / N \cdot DR_k / CE + H \cdot (N-K) / N]$$

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il capitale erogato (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

- PPU (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $PPU^{1*} (1 - Cest / DR)$
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $CE \cdot (P_1 / P_0)$
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $H^{1*} (1 - Cest / DR)$

¹ I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita.

Dove

- R = importo da rimborsare
- P = premio unico anticipato
- H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) eventualmente riproporzionati per effetto di precedenti estinzioni parziali per i quali si è proceduto ad un rimborso della quota parte di premio non goduto.

- PPU = Premio unico anticipato puro (P (al netto delle imposte) – H), eventualmente riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali.
- DRk = Debito residuo assicurato al momento dell'estinzione anticipata, surroga o acollo (pari al capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = capitale erogato, riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato (0)
- $P_1 = P * (1 - Cest / DR)$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta.
- P_0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempi di estinzione anticipata totale senza estinzione parziale precedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	4.560,00 euro	4.560,00 euro
Premio puro anticipato	1.572,00 euro	1.572,00 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	2.988,00 euro	2.988,00 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito residuo	81.552,04 euro	21.614,72 euro
Importo da rimborsare	3.416,00 euro	665,56 euro

Esempi di estinzione anticipata totale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	4.560,00 euro	4.560,00 euro
Premio puro anticipato	1.572,00 euro	1.572,00 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	2.988,00 euro	2.988,00 euro
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 euro	10.000,00 euro
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 euro	90.867,35 euro
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 euro	80.867,35 euro
Premio puro anticipato riproporzionato	1.399,00 euro	1.399,00 euro
Costi complessivi riproporzionati	2.659,17 euro	2.659,17 euro
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 euro	88.994,95 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 euro	46.698,59 euro
Importo da rimborsare	2.567,01 euro	1.696,64 euro

Tale importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite del Contraente, che lo imputerà a credito dell'Impresa.

Art. 11.3 Mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata parziale o totale del Mutuo

In alternativa alla cessazione della Copertura Assicurativa o alla riduzione proporzionale delle prestazioni assicurate con relativa restituzione della quota di premio pagato e non goduto corrispondente, l'Assicurato può richiedere - senza restituzione di alcuna quota di premio - il mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata, parziale o totale, del Mutuo, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

L'Impresa potrà formalizzare la richiesta di mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata recandosi presso la filiale del Contraente ove è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa.

Il Contraente trasferirà l'informazione alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.

L'eventuale scelta dell'Aderente di rinuncia alla restituzione del rateo di premio non goduto e di mantenimento della copertura iniziale deve considerarsi irreversibile.

Si desidera precisare che in assenza di differente formale disposizione da parte dell'Impresa, la Compagnia procede automaticamente al rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto e conseguentemente con la cessazione della Copertura Assicurativa come previsto all'art. 4.3 "CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" o, in presenza di estinzione parziale, alla riduzione proporzionale delle prestazioni assicurate.

Art. 12 Limiti di indennizzo e capitale massimo assicurato

Il capitale assicurato massimo iniziale, per ciascun Assicurato, non potrà mai eccedere la somma di 500.000,00 Euro, importo massimo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa, o del Capitale Residuo, considerato ai fini della determinazione della Copertura Assicurativa e i premi delle Coperture Assicurative vita e danni collegate allo stesso.

Per ciascun sinistro la prestazione assicurata per ogni singolo Assicurato non potrà superare l'importo del capitale assicurato massimo iniziale come sopra definito.

Si ricorda che il capitale assicurato di riferimento per la determinazione del limite massimo assicurabile è da considerarsi quello cumulato in essere alla data di adesione al Contratto, derivante da tutte le eventuali ulteriori coperture in essere del singolo soggetto Assicurato con la Compagnia, sommato all'importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa per la presente polizza, o del Capitale Residuo. In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di 500.000,00 Euro anche considerando il pagamento di ulteriori indennizzi legati ad altre coperture assicurative in essere con la Compagnia in capo all'Assicurato.

In ogni caso la prestazione assicurata non potrà cumularsi con l'eventuale indennizzo corrisposto da parte di CNP Assurances S.A., in virtù della polizza danni, avente per oggetto le coperture assicurative in caso di Malattia Grave o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

Art. 13 Denuncia di sinistro

In caso di sinistro gli aventi causa possono rivolgersi al Contraente o inviare la richiesta direttamente alla Compagnia mediante raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a CNP UniCredit Vita S.p.A. - via Cornalia n. 30, 20124 Milano, o contattare il servizio clienti al numero verde 800.129.027 attivo da lunedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00.

Alla denuncia di Decesso devono essere allegati i seguenti documenti:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato del medico che ha constatato il Decesso e ne ha indicato le cause;
- copia della cartella clinica se il Decesso è avvenuto in ospedale;
- certificazione del capitale residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute a seguito dell'incidente, in caso di morte violenta o accidentale;
- S.A.V. (Scheda di Adeguata Verifica) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario (come da modelli allegati al modulo di liquidazione fornito dalla Filiale UniCredit S.p.A. o scaricabile dal sito internet della Compagnia www.cnpvita.it);
- copia della Visura camerale aggiornata con le modifiche derivanti dall'evento denunciato (se Beneficiario persona giuridica);
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante (se Beneficiario persona giuridica);
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AUTENTICATA E RILASCIATA DAL BENEFICIARIO NOMINATO O EREDE BENEFICIARIO con l'elenco degli eredi, la loro età, capacità giuridica, e la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati, e se l'Assicurato è deceduto lasciando testamento (se Beneficiario persona fisica (nominato o eredi));
- VERBALE DI PUBBLICAZIONE DEL TESTAMENTO OLOGRAFO o VERBALE DI REGISTRAZIONE DEL TESTAMENTO PUBBLICO (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' che dovrà indicarne gli estremi identificativi e che il TESTAMENTO E' L'ULTIMO, VALIDO E MAI IMPUGNATO (se Beneficiario persona fisica (nominato o eredi)).
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

A seguito della verifica della documentazione sopra indicata, la Compagnia si riserva di richiedere eventuale integrazione di documenti, specificandone la motivazione, in presenza di situazioni particolari, per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie ovvero al fine di dare adempimento a specifiche disposizioni normative. In caso di particolari difficoltà nel reperire la documentazione sanitaria necessaria per la richiesta di liquidazione, l'avente diritto può conferire mandato alla Compagnia stessa affinché, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si attivi per il suo recupero. Per ricevere informazioni al riguardo l'avente diritto può contattare la Compagnia tramite la sezione Contatti sulla Home page del sito della Compagnia www.cnpvita.it

In ogni caso Compagnia e Beneficiario collaborano in buona fede e nel rispetto del principio di vicinanza della prova per il buon fine del processo liquidativo.

Il modulo di liquidazione che la Compagnia mette a disposizione sul sito www.cnpvita.it, cliccando su "Sei Beneficiario di una polizza?" non è vincolante (la richiesta, infatti, può essere effettuata anche in carta libera), benché si consigli di utilizzarlo per agevolare e velocizzare le operazioni di liquidazione.

Art. 14 Liquidazione del sinistro

La Compagnia esegue i pagamenti delle Prestazioni Assicurate in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta comprovante il Decesso.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento. In ogni caso la Compagnia richiederà ai Beneficiari del Contratto, e/o agli aventi diritto, la produzione della sola documentazione strettamente necessaria ai fini dell'istruttoria propedeutica alla liquidazione della prestazione.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi causa.

Art. 15 Documentazione da consegnare all'Assicurato

Il Contraente è tenuto a consegnare all'Assicurato, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione;
- b) Set Informativo

Una copia del Modulo di Adesione e del Consenso al trattamento dei dati personali, entrambe sottoscritte dall'Assicurato, dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Compagnia qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulle e quindi inoperanti le garanzie di cui al Modulo di Adesione.

Art. 16 Legge applicabile

La Legge applicabile al Contratto è quella italiana.

Art. 17 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato o dell'Impresa alla Compagnia con riferimento al presente Contratto dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 18 Estensione territoriale

La Copertura Assicurativa ha validità in tutti i Paesi del Mondo.

Art. 19 Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione sulla Vita non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

Art. 21 Foro competente

Per le controversie inerenti il presente Contratto la competenza territoriale è esclusivamente quella del Foro del luogo di residenza o di domicilio o della sede dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

GLOSSARIO

Nelle presenti Condizioni Contrattuali i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

- **Apertura di credito:** il Contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, non garantito da ipoteca su immobili, col quale il Contraente si obbliga a tenere a disposizione dell'Impresa una somma predeterminata, utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;
- **Assicurato:** la persona fisica collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa, la quale, presentando i requisiti di assicurabilità, ha aderito alla Copertura Assicurativa sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione, e per la quale sia stato pagato il relativo Premio;
- **Assicurazione:** il Contratto attraverso il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a riconoscere ai beneficiari designati un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana;
- **Beneficiario:** Persona Fisica o Giuridica designata a ricevere la prestazione al verificarsi dell'evento assicurato;
- **Capitale assicurato:** corrisponde inizialmente all'importo del Finanziamento erogato dal Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso;
- **Capitale Residuo:** il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Mutuo o all'Apertura di credito, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute;
- **Compagnia:** CNP UniCredit Vita S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 580 del 26/5/97 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 2/6/97 con sede in via Cornalia n. 30, 20124 Milano (Italia);
- **Contraente:** UniCredit S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti 3 – Tower A – 20154 Milano, che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia per conto degli Assicurati, quali clienti delle filiali di UniCredit S.p.A. con esclusione delle filiali contraddistinte UniCredit Private Banking;
- **Contratto:** Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato;
- **Copertura Assicurativa:** garanzia assicurativa generata dal versamento del Premio;
- **Dip aggiuntivo Multirischi:** documento informativo precontrattuale aggiuntivo redatto nel caso di contratti in cui a prodotti assicurativi vita sono abbinati garanzie relative ai rami danni;
- **Dip Vita:** documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi che contiene le principali informazioni per consentire all'Impresa Aderente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe;
- **Impresa:** la società che ha stipulato un Mutuo Chirografario oppure un'Apertura di Credito in conto corrente con il Contraente;
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Importo erogato:** ammontare del Mutuo o all'Apertura di credito riconosciuto all'Impresa dal Contraente.
- **Importo richiesto:** ammontare del Mutuo o all'Apertura di credito richiesto dall'Impresa al Contraente;
- **Intermediario:** il soggetto che colloca il presente Contratto cioè UniCredit S.p.A.;
- **Invalidità Permanente:** la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta dall'Assicurato;
- **Invalidità Totale Permanente:** l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, calcolata in base alla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n° 1124 e successive modificazioni intervenute);

- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;
- **Malattia:** l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;
- **Modulo di Adesione:** il documento, sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato, mediante il quale l'Impresa aderisce all'Assicurazione e indica gli Assicurati;
- **Modulo di Sostituzione:** il documento sottoscritto dall'Impresa, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale l'Impresa indica il nuovo Assicurato in sostituzione dell'Assicurato uscente;
- **Mutuo Chirografario:** il Contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine non garantito da ipoteca su immobili;
- **Parti:** Contraente, Assicurato, Impresa e Compagnia;
- **Polizza:** documento comprovante l'esistenza di un contratto di assicurazione. Nello specifico la presente si configura in forma Collettiva, in quanto un singolo Contraente (UniCredit S.p.A.) stipula nell'interesse di più Assicurati (i propri clienti);
- **Polizza Collettiva:** il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;
- **Premio:** il corrispettivo dovuto alla Compagnia dall'Aderente all'Assicurazione, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione Assicurativa;
- **Questionario Medico:** il modulo costituito da domande sullo stato di salute;
- **Rapporto Visita Medica:** il modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato che deve essere compilato da un medico iscritto all'Albo dei Medici in Italia;
- **Recesso:** il diritto dell'Impresa di sciogliersi dal Contratto entro il termine di sessanta giorni dal momento in cui è informato della conclusione del Contratto stesso, ai sensi dell'Art. 177 del D. Lgs. n. 209/05;
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il Sinistro;
- **Set Informativo:** insieme dei documenti predisposti, consegnati all'Assicurato, prima della sottoscrizione del Contratto, e pubblicati nel sito della Compagnia. Il Set Informativo è costituito dai seguenti documenti: DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, Condizioni Contrattuali e Glossario polizza Vita, Condizioni Contrattuali e Glossario polizza Danni, Informativa sulla Privacy polizza Vita, Informativa sulla Privacy polizza Danni, Fac-simile Modulo di Adesione polizza Vita e Fac-simile Modulo di Adesione polizza Danni;
- **Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
- **Soggetto distributore o intermediario:** sportello bancario di UniCredit S.p.A. presso cui è stato stipulato il Contratto;
- **Valuta di denominazione:** valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro.

Data di aggiornamento: 01 luglio 2019

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come "**Regolamento**") e CNP Vita S.p.A. - partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 - in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**CNP Vita**" o "**Titolare**"), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale; CNP Vita tratta i seguenti Dati Personali: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo *e-mail*, cellulare, codice fiscale, estremi di documenti di identificazione in corso di validità, IBAN, indirizzo, cittadinanza, residenza fiscale (FATCA e CRS), professione.
- c) **Categorie Particolari di Dati Personali:** i Dati Personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, data relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Rientrano tra questi:
 - **Dati relativi alla Salute:** i Dati Personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
 - **Dati Genetici:** i Dati Personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
 - **Dati Biometrici:** i Dati Personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici.
- d) **Dati Giudiziari:** sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza; questa tipologia di dati possono essere trattati CNP Vita in forza di Autorizzazione Generale n. 7/2014 rilasciata dal Garante nell'ambito del trattamento dei dati giudiziari da parte di enti privati esercenti l'attività assicurativa.
- e) **Titolare:** CNP Vita che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.
- f) **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.
- g) **Interessato:** il contraente e l'assicurato, qualora diverso dal contraente, a cui si riferiscono i Dati Personali.
- h) **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da CNP Vita per le finalità di seguito meglio dettagliate sono Dati Personali, Categorie Particolari di Dati Personali e Dati Giudiziari.

In caso di sottoscrizione di prodotti assicurativi di investimento quali *unit linked*, *index linked* e prodotti multiramo, non sono raccolti Dati relativi alla Salute.

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato al momento della sottoscrizione del Contratto.

CNP Vita non tratta dati che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I Dati Personali sono trattati per le seguenti finalità:

A) Trattamento dei Dati Personali per "finalità assicurative"

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al Contratto assicurativo sottoscritto (c.d. "*finalità assicurativa*").

In particolare, la "*finalità assicurativa*" richiede che i Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche; gestione di eventuali reclami; rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi e sulle attività svolte da CNP Vita, eseguita direttamente oppure attraverso l'attività di società specializzate mediante interviste personali, telefoniche, questionari, ecc..

B) Trattamento dei Dati Personali per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono trattati per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa, per esempio, la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA

Il conferimento dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, per la finalità assicurativa di cui al punto 2 lett. (A) è obbligatorio per sottoscrivere il Contratto e consentire a CNP Vita di erogare la prestazione assicurativa di cui l'interessato è parte. Il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del Contratto. Il conferimento dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto di cui al punto 2 lett. (B) è obbligatorio. Il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del Contratto.

L'esplicito consenso - da manifestarsi nel Modulo di Polizza - al Trattamento dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, costituisce, pertanto, presupposto necessario per l'instaurazione e il regolare svolgimento del rapporto assicurativo.

Ai sensi dell'art. 15 Regolamento Isvap n. 34/2010, resta in ogni caso salva la possibilità per CNP Vita di utilizzare i Dati Personali dell'interessato nella commercializzazione di un Contratto di assicurazione relativo allo stesso ramo assicurativo per il quale il contraente Interessato abbia già fornito i propri recapiti.

5. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale, per l'esecuzione degli adempimenti allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

7. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

8. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di CNP Vita, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di CNP Vita medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità di cui al punto 3) lett. (A) e (B), anche soggetti esterni a CNP Vita - oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento - potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte del gruppo facente capo a CNP Assurances S.A. ("Gruppo CNP Assurances") o della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo CNP Assurances o al gruppo facente capo a Unicredit S.p.A., o comunque da essi controllate o agli stessi collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di CNP Vita; soggetti facenti parte del Gruppo CNP Assurances con riferimento alle attività connesse alla disciplina antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento al terrorismo (decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e successive modifiche); soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione; soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da CNP anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali CNP Vita può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da CNP Vita quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

I nominativi dei soggetti che potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di "Responsabili del trattamento" e dei soggetti che operano in qualità di "Contitolari" a cui gli stessi potranno essere comunicati, sono riportati in un elenco aggiornato disponibile presso CNP Vita (da richiedersi al DPO, ai recapiti presenti al punto 10). CNP Vita non diffonde i Dati Personali.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

- a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
 - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
 - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
 - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
- c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
 - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
 - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
- d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un Contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
- e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

10. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 9, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso CNP Vita S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una *e-mail* all'indirizzo PEC: privacy_cnpvita@pec.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare *e-mail* anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

11. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

**MODULO DI ADESIONE
COPERTURA ASSICURATIVA
CREDITOR PROTECTION MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI
IMPRESE A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL
AD ADESIONE FACOLTATIVA**

Dati Finanziamento

Domanda di Mutuo/Apertura di credito n° _____

Dati dell'Impresa

Ragione Sociale dell'Impresa _____ E-mail: _____

Partita IVA/Codice Fiscale _____ Telefono fisso/cellulare: _____

Dati Assicurato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Dati Copertura Assicurativa

Durata/Durata residua del Mutuo o Apertura di credito in mesi _____

Importo richiesto/Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito: Euro _____

Premio unico anticipato

Euro _____

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Euro _____

Provvigioni percepite dall'Intermediario

49,5% del premio pari a Euro _____

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA PRESO ATTO CHE:

A) UNICREDIT S.p.A. per conto dei propri clienti ha stipulato con CNP Unicredit Vita S.p.A. la Polizza Collettiva Vita contraddistinta dal codice convenzione n. 910815 avente per oggetto una copertura Assicurativa temporanea per il caso morte a capitale decrescente a premio unico (di seguito la "Polizza") e con CNP Assurances S.A. una Polizza Collettiva Danni. Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo/Apertura di Credito con la Banca medesima e l'adesione alle stesse è facoltativa.

L'adesione alla Polizza comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche alla Polizza Collettiva Danni in quanto le due componenti Vita e Danni risultano inscindibili.

B) a condizione che:

a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione;

b) sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto) e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente dalla Compagnia;

c) sia stato versato il relativo Premio;

la copertura assicurativa della Polizza Vita decorre:

- dalle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo/Apertura di credito, in presenza di Mutui o Aperture di Credito di nuova erogazione;

- dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, in presenza di Mutui o Aperture di Credito già erogati.

C) Nel caso in cui l'importo del debito residuo alla data di sottoscrizione, oppure l'importo erogato in presenza di Mutui o Aperture di credito di nuova erogazione fosse superiore alla somma di Euro 500.000,00 prevista come limite massimo di capitale assicurabile per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al Capitale Residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo erogato.

DICHIARA che intende, da subito o in caso di accoglimento della domanda di Mutuo/Apertura di credito (la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), aderire alla Copertura Assicurativa per il caso di morte a fronte di apposita Polizza che UniCredit S.p.A. ha stipulato con CNP UniCredit Vita S.p.A..

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

SI IMPEGNA al pagamento presso UniCredit S.p.A. del premio assicurativo a favore di CNP UniCredit Vita S.p.A. calcolato in base all'importo del debito residuo e alla durata residua del Mutuo o dell'Apertura di credito. In presenza di Mutui o Apertura di credito di nuova erogazione il Premio assicurativo è calcolato in base all'importo richiesto e alla durata del Mutuo/Apertura di credito indicati nella Domanda di Mutuo/Apertura di credito. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo;

DESIGNA come Assicurato la persona indicata nel frontespizio del presente Modulo di Adesione;

DESIGNA l'Impresa stessa quale Beneficiario per la Copertura Caso Morte;

AUTORIZZA UniCredit S.p.A. a trasmettere a CNP UniCredit Vita S.p.A. le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo/Apertura di credito, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza;

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione. Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:

- 1) di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'Art. 1919 del Codice Civile;
- 2) di essere consapevole che, per essere ammesso alla copertura assicurativa di CNP UniCredit Vita S.p.A. dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni Contrattuali (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
- 3) di essere consapevole che il Contratto assicurativo prevede limitazioni, conseguenza di specifiche esclusioni della copertura assicurativa, che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo.
- 4) di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità, esattezza e completezza. In presenza di Mutui di nuova erogazione qualora, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo/Apertura di credito intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite di UniCredit S.p.A. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
- 5) **di essere consapevole che anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto della modalità assuntiva prevista, posso chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a mio carico.**

Luogo e data _____

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Impresa dichiara inoltre:

- 1) di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'art. 5 "Diritto di recesso dell'Aderente/Assicurato" delle Condizioni Contrattuali;
- 2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007) è obbligata a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto con l'impresa e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
- 3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Contrattuali, consegnate unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) – i seguenti articoli e norme: art. 2 (Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa); art. 3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); art. 4. (Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa); art. 6 (Prestazioni Assicurate.); art. 7 (Esclusioni); art. 13 (Denuncia di sinistro); art. 19 (Cessione dei diritti); prende atto che le Condizioni Contrattuali sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A.;

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

DICHIARAZIONE

- **L'Impresa e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo – redatto ai sensi del Regolamento ISVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni – composto dal Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativo (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi), dalle Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dall'Informativa sulla privacy. Prendono atto inoltre che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositato e a loro disposizione presso la sede del Contraente (la Banca).**
- **L'Impresa dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.**

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

Firma Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali

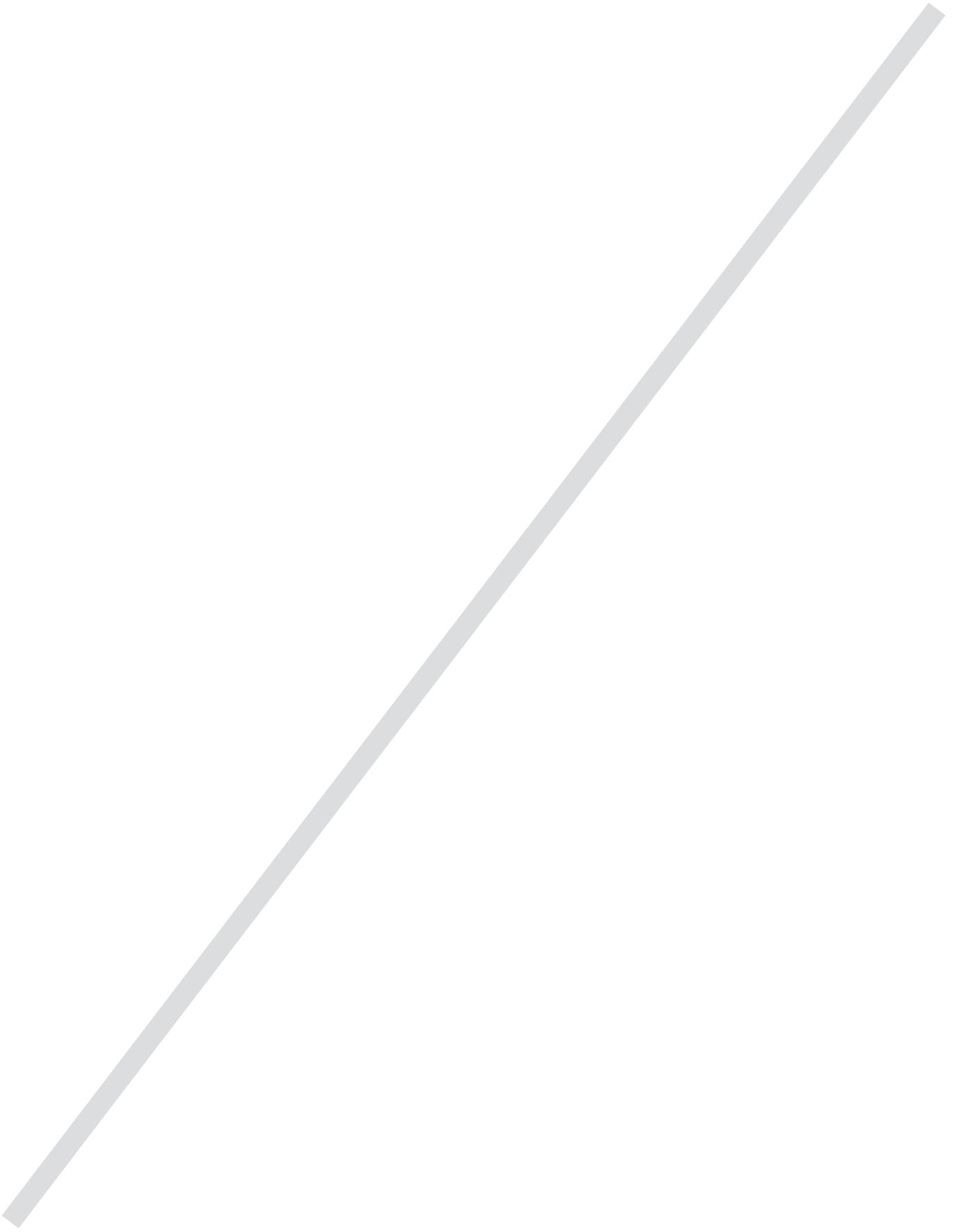
Gli interessati (Legale Rappresentante e Assicurato), dichiarano di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, contenuta nella documentazione d'offerta relativa al prodotto assicurativo sottoscritto, per le finalità indicate al punto 3 lett. (A) Trattamento dei Dati Personali per "finalità assicurative" e (B) "Trattamento dei Dati Personali per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto" dell'Informativa, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima individuati.

Prendono atto che il mancato conferimento di tali dati comporta l'impossibilità di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del Contratto.

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

Firma Assicurato _____



SOMMARIO
Polizza Collettiva N. 0200000174

PARTE I: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	1 di 18
Art. 1 Oggetto del Contratto: Coperture Assicurative	1 di 18
Art. 2 Modalità di Adesione alla Polizza Collettiva.....	1 di 18
Art. 3 Capitale Assicurato iniziale e massimali.....	2 di 18
Art. 4 Cumulo e Designazione Assicurati.....	2 di 18
Art. 5 Cessazione del rapporto tra Assicurato ed Impresa	2 di 18
Art. 6 Termine delle garanzie.....	3 di 18
Art. 7 Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento	3 di 18
Art. 8 Pagamento del premio	5 di 18
Art. 9 Diritto di Recesso dalla Copertura Assicurativa.....	5 di 18
Art. 10 Beneficiari	6 di 18
Art. 11 Denuncia del Sinistro	6 di 18
Art. 12 Modalità di liquidazione dei sinistri	7 di 18
Art. 13 Pagamento delle prestazioni assicurate	7 di 18
Art. 14 Inadempimenti e/o ritardi del Impresa	7 di 18
Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione	7 di 18
Art. 16 Prescrizione	7 di 18
Art. 17 Imposte e tasse.....	7 di 18
Art. 18 Rinvio alle norme di legge	7 di 18
Art. 19 Diritto alle prestazioni	7 di 18
Art. 20 Clausola Liberatoria.....	7 di 18
Art. 21 Mediazione	7 di 18
Art. 22 Reclami	7 di 18
Art. 23 Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio.....	8 di 18
PARTE II: CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE	9 di 18
Art. 24 Caratteristiche e Prestazioni della Copertura di Invalidità Totale e Permanente	9 di 18
Art. 25 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero.....	10 di 18
Art. 26 Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave	10 di 18
Art. 27 Caratteristiche e Prestazione della copertura di Inabilità Totale Temporanea	11 di 18
PARTE III: ESCLUSIONI	12 di 18
Art. 28 Esclusioni.....	12 di 18
GLOSSARIO	16 di 18
MODULO DI ADESIONE FAC-SIMILE	1 di 3
INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.....	1 di 3

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

relative alla Polizza Collettiva N. 0200000174

L'Assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché dalle previsioni contenute nel Modulo di Adesione. 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

La presente Polizza abbinabile al Finanziamento di nuova erogazione o in essere è facoltativa e non indispensabile all'ottenimento del Finanziamento.

Per esigenze di semplicità, l'Impresa di Assicurazione CNP ASSURANCES S.A. è di seguito indicata anche Compagnia

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'Impresa di beneficiare, nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, delle Coperture Assicurative per gli Assicurati da essa designati.

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.

Art. 2 Modalità di Adesione alla Polizza Collettiva

Possano aderire alla Copertura Assicurativa le Imprese che:

1. siano Clienti dell'Istituto e che abbiano stipulato con lo stesso un Finanziamento;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. siano un'azienda di diritto italiano
4. abbiano aderito contemporaneamente anche alla Polizza collettiva nr. 910815 stipulata dal Contraente con CNP Unicredit Vita S.p.a., avente per oggetto la garanzia Decesso.
5. abbiano pagato il premio

Sono assicurabili le persone fisiche, designate dall'Impresa che:

1. siano collaboratori, soci o dipendenti, di rilevante importanza per l'Impresa e che siano stati designati dall'Impresa all'interno del modulo di Adesione;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione nelle parti di competenza dell'Assicurato;
3. abbiano provveduto a compilare e sottoscrivere il Questionario Medico o il Rapporto di visita medica e gli stessi siano stati valutati positivamente dalla Compagnia;
4. siano residenti in Italia;
5. abbiano un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo, non inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni non compiuti e alla scadenza del Finanziamento abbiano un'età non superiore a 75 anni non compiuti;

Art. 2.1 Formalità di ammissione

L'Impresa e l'Assicurando manifestano l'interesse alla Polizza mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Adesione, completato in ogni parte e firmato rispettivamente dall'Impresa e dall'Assicurando il quale dovrà, in base al Capitale Assicurato (che in caso di finanziamenti di nuova erogazione corrisponderà al capitale erogato ovvero al debito residuo in caso di finanziamenti già in essere), dare indicazioni sul proprio stato di salute secondo il seguente schema:

Importo Assicurato	Età all'Adesione da 18 a 65 anni compiuti	Età all'Adesione da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000, 00 fino a € 500.000,00	Rapporto di Visita Medica	Rapporto di Visita Medica

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario medico ed eventualmente anche gli esami medici, ulteriori accertamenti diagnostici necessari per una corretta valutazione del rischio. Il costo degli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Impresa.

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

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento (in caso di finanziamenti di nuova erogazione) ovvero la data di pagamento del premio (in caso di finanziamenti già in essere) si verifichino variazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla polizza.

In caso contrario valgono le disposizioni dell'articolo 23 "Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio".
Se alla scadenza del termine di 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione il contratto di Finanziamento (in caso di finanziamenti di nuova erogazione) non è stato ancora stipulato ovvero il premio non sia stato ancora pagato (in caso di finanziamenti già in essere), l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.
L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo.

Art. 2.2 Perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso a condizione che:

- venga valutata positivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Impresa.
- L'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il modulo di adesione;
- l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dalla Compagnia; ovvero
- si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto di Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dalla Compagnia;
- per i finanziamenti nuovi, la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.3 Decorrenza delle coperture

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno della stipula del Finanziamento nel caso in cui quest'ultimo sia di nuova erogazione. Per i finanziamenti in essere, le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Art. 3 Capitale Assicurato iniziale e massimali

Il capitale inizialmente assicurato sarà uguale all'importo del Finanziamento richiesto di nuova erogazione oppure il debito residuo in caso di finanziamenti già in essere.

Il Capitale massimo Assicurabile è pari a €500.000.

Qualora il Finanziamento erogato ovvero il debito residuo per i finanziamenti già in essere superi € 500.000 per singolo Assicurato il Capitale Assicurato sarà limitato a tale importo.

Art. 4 Cumulo e Designazione Assicurati

La Compagnia al momento dell'Adesione effettua verifiche sui limiti di Capitale assicurato per Impresa e per Assicurato tenendo conto della somma dei capitali assicurati di tutte le eventuali coperture di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave, sottoscritte tra l'Impresa, l'Assicurato e la Compagnia. Se la somma dei Capitali (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Impresa e €500.000 per Assicurato la Compagnia non accetta il rischio.

Art. 4.1 Designazione di più Assicurati per lo stesso Contratto di Finanziamento

Per ogni contratto di Finanziamento l'Impresa può assicurare più Assicurati. In tal caso per ogni singolo Assicurato il Capitale assicurato è pari al 100% dell'importo finanziato.

Art. 5 Cessazione del rapporto tra Assicurato ed Impresa

Nel corso di validità del Contratto qualora l'Assicurato dovesse cessare il proprio rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, quest'ultima potrà indicare il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio che dovrà ritenersi assicurato in sostituzione del precedente. Per poter comunicare il cambiamento dell'Assicurato, l'Impresa ed il nuovo Assicurato dovranno sottoscrivere l'apposito Modulo di Sostituzione Assicurato disponibile presso la filiale del Contraente dove è stato acceso il Finanziamento.

All'interno del Modulo di Sostituzione Assicurato dovranno essere riportati i seguenti dati:

1. numero di rapporto del Finanziamento;
2. dati societari dell'Impresa;
3. dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
4. dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
5. data di decorrenza della garanzia (deve corrispondere alla data di stipula del Finanziamento di nuova erogazione oppure deve corrispondere alla data del pagamento del premio in caso di finanziamenti già in essere);
6. data di scadenza della garanzia (deve corrispondere alla Data di scadenza del Finanziamento);
7. data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato);
8. capitale residuo del Finanziamento alla data di effetto della sostituzione.

Il nuovo Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2 e deve ottemperare alle modalità assuntive di cui all'art. 2.1; a tal proposito, quanto previsto dalla tabella di cui all'art. 2.1 stesso, viene determinato non più in base all'Importo

richiesto del Mutuo o Apertura di credito, ma bensì in base al capitale residuo in essere alla data di sottoscrizione del modulo di sostituzione.

Fino a produzione della documentazione assuntiva e alla relativa accettazione da parte della Compagnia alle coperture assicurative, l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato è limitata ai sinistri riconducibili a infortuni. Qualora si verificasse un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% non riconducibile a infortunio, oppure di Malattia Grave nel periodo antecedente l'accettazione della Compagnia alle coperture assicurative, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato secondo la formulazione indicata all'art. 7 "Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento ed in questo caso sarà da ritenersi cessato il contratto di Assicurazione. Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del modulo di sostituzione, secondo la formulazione indicata all'art. 7 "Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento ed in questo caso sarà da ritenersi cessato il contratto di Assicurazione.

Art. 6 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 Finanziamento e non può essere superiore a 120 mesi (10 anni).

Le singole coperture hanno comunque termine:

- con il recesso del contratto;
- con il decesso dell'Assicurato nel corso della durata del contratto di Finanziamento;
- con la liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Assicurato;
- con la liquidazione dell'indennizzo per Malattia Grave;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Finanziamento (nel caso in cui l'Impresa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- in caso in cui l'Impresa non sia più residente in Italia.

Art. 7 Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento

In caso di anticipata estinzione Totale del Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave dell'Assicurato), ovvero nei casi di trasferimento o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/accollo del Finanziamento. La Compagnia restituirà all'Impresa, per il tramite del Contraente, entro 30 giorni dalla data di estinzione, la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduto calcolata sulla base della seguente formula:

$$R = Ppu \times (n-k) / n \times DR/CE + H \times (n-k) / n$$

Dove:

R = importo da rimborsare

Ppu = Premio Unico anticipato puro = $P / 1,025 - H$

P = Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata della copertura espressa in mesi interi

K = differenza in mesi tra la data decorrenza dalla copertura e la data di effetto dell'estinzione totale. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene.

CE = Importo erogato (in caso di finanziamento di nuova erogazione) o debito residuo del Finanziamento (in caso di Finanziamento già in essere)

DR = debito residuo prima dell'estinzione totale anticipata

P₁ = $P_1 * (1 - \text{cap est}/DR)$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta

P₀ = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione

AVVERTENZA

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio, l'importo del premio (PPU), il capitale erogato ovvero debito residuo (in caso di Finanziamenti in essere) (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

PPU = PPU¹ (1-Cap_{est}/DR)

CE = CE (P₁/P₀)

H = H¹ (1-Cap_{est}/DR)

¹ = I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata a seguito dell'ultima estinzione parziale gestita.

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000; durata del Finanziamento 120 mesi

In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 60 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 2.640

H = € 360

N = 120

K = 60

DR = € 59.837

CE = € 100.000

$$R = 2.640 \times (120 - 60) / 120 \times 59.837 / 100.000 + 360 \times (120 - 60) / 120 = € 969,85$$

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'Impresa saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dal Contraente entro 30 giorni sul conto corrente dell'Impresa.

In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite del Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario **al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.**

Art. 7.1 Estinzione Parziale del Finanziamento

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo nella misura corrispondente alla quota estinta.

La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente ed entro 30 giorni dalla data di estinzione, alla restituzione all'Impresa della quota parte di premio in proporzione alla quota di debito estinto anticipatamente, sulla base della seguente formula:

$$R = [(Ppu \times (n-k) / n \times DR / CE + H \times (n-k) / n)] \times cap_est / DR$$

Dove:

R = importo da rimborsare

Ppu = Premio Unico anticipato puro = $P / 1,025 - H$

P = Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata della copertura espressa in mesi

K = differenza in mesi tra la data decorrenza dalla copertura e la data di effetto dell'estinzione parziale. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene.

CE = Importo erogato (in caso di finanziamento di nuova erogazione) o debito residuo del Finanziamento (in caso di Finanziamento già in essere)

DR = debito residuo prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione parziale anticipata versato dal cliente

P₁ = $P_1 \times (1 - cap_est / DR)$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta

P₀ = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione

AVVERTENZA

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio, l'importo del premio (PPU), il capitale erogato (CE) ovvero debito residuo (in caso di Finanziamenti in essere) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

PPU = PPU¹ (1 - Cap_est / DR)

CE = CE (P₁ / P₀)

$$H = H^1 (1 - \text{Cap_est}/\text{DR})$$

H^1 = I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata a seguito dell'ultima estinzione parziale gestita.

ESEMPIO

Ppu = € 2.640

H = € 360

N = 120

K = 60

DR = € 59.837

Cap_est = € 10.000

CE = € 100.000

$$R = [2.640 \times (120 - 60) / 120 \times 59.837 / 100.000 + 360 \times (120 - 60) / 120] \times 10.000 / 59.837 = € 162,08$$

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'Impresa saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dal Contraente entro 30 giorni sul conto corrente dell'Impresa.

In alternativa al rimborso parziale del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Art. 8 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 Finanziamento
- dell'importo del Capitale Assicurato

L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione è determinato applicando la seguente formula:

$$P = T \times N \times I$$

dove:

P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

T tasso mensile pari a 0,05450%

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

I Importo richiesto (in caso di finanziamento di nuova erogazione) o debito residuo (in caso di Finanziamento già in essere) del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto o il debito residuo del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo).

Il Premio non è finanziato e viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa a fronte dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultima al Contraente, contenuta nel Modulo di Adesione.

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

Art. 9 Diritto di Recesso dalla Copertura Assicurativa

L'Impresa ha il diritto di recedere dal presente contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

La comunicazione di recesso può essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente. In alternativa, la comunicazione potrà essere effettuata tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare alla filiale del Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. Sarà cura del Contraente comunicare alla Compagnia la richiesta di recesso. La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva all'interno dello stesso mese di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso del premio lordo. Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva nel mese successivo a quello di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte.

Art. 9.1 Diritto di Recesso Garanzie Danni

Oltre al diritto di recesso di cui all'Art.9, l'Impresa ha la facoltà di recedere dal presente contratto, annualmente, entro 60 giorni dalla fine dell'annualità. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto il recesso. La comunicazione di recesso dovrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente. In alternativa, la comunicazione potrà essere effettuata tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare alla filiale del Contraente ove è stato acceso il Finanziamento. Sarà cura del Contraente comunicare all'Assicurazione la richiesta di recesso. La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso della quota parte di premio non goduta entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Art. 10 Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Polizza Collettiva è l'Impresa.

Art. 11 Denuncia del Sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione, riguardanti le coperture **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE, RICOVERO OSPEDALIERO e INABILITA' TOTALE TEMPORANEA** devono essere inviate mediante posta, fax oppure via e-mail al seguente recapito:

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

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

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO

- 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 indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

Qualora 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.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da 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 indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla Polizza.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

Qualora 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

INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE 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 Finanziamento abbinato alla polizza

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Certificato di dimissioni dal ricovero rilasciato dall'ospedale
- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relativi alla Malattia Grave
- Copia del Piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla polizza

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri della Compagnia che potrà essere richiesto direttamente alla Compagnia oppure recandosi presso la filiale del contraente presso la quale è stato sottoscritto il contratto di Finanziamento.

L'Assicurato e/o l'Impresa devono consentire a CNP di effettuare le valutazioni del caso.

L'Assicurato e/o l'Impresa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a:

CNP - SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

Art. 12 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. 10.

Art. 13 Pagamento delle prestazioni assicurate

La Compagnia, dopo la denuncia di un sinistro per uno degli eventi coperti dalla presente Convenzione, qualora questo sia indennizzabile, **provvederà entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, ovvero dall'accertamento compiuto, nei casi in cui ciò sia previsto**, a corrispondere le somme dovute.

Art. 14 Inadempimenti e/o ritardi dell'Impresa

Le presenti garanzie continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Impresa verso l'Istituto in base al rapporto di Finanziamento; alla determinazione degli indennizzi dovuti dalla Compagnia non concorreranno le rate del Finanziamento risultanti non corrisposte dall'Impresa all'Istituto per cause diverse da quelle garantite dalla presente Polizza Collettiva.

L'Istituto provvederà a comunicare alla Compagnia la parte di debito da indennizzare.

Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 16 Prescrizione

Il Codice Civile (art. 2952) dispone che, per le assicurazioni danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero), 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.

Art. 17 Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Convenzione sono a carico dell'Impresa. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 18 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 Diritto alle prestazioni

In caso di disdetta della presente Convenzione da parte del Contraente resta salvo per ogni Impresa il diritto alle prestazioni già acquisite che verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni di seguito indicate che regolano le singole garanzie assicurate.

Art. 20 Clausola Liberatoria

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Polizza Collettiva, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro nei confronti di Compagnia eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

Art. 21 Mediazione

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 eletto 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. 22 Reclami

La Compagnia è competente per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti precontrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia stessa.

I reclami 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: 02/72.60.11.51

reclami@cnpitalia.it

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

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

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 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.

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 21 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

Art. 23 Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, 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 di reticenze siano relative a circostanze tali per le quali la Compagnia 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 relazione proporzionale 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. 24 Caratteristiche e Prestazioni della Copertura di Invalidità Totale e Permanente

Rischio assicurato

Ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 28, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% causata da Infortunio o Malattia.

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuta (anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione) un'Invalidità Totale Permanente **di grado pari o superiore al 60%**, entro 2 anni dall'infortunio o in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di diagnosi della Malattia, CNP garantisce, **fermo restando i massimali di cui all'art. 3**, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia, all'ammontare del debito residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesta l'Invalidità Totale Permanente presentata agli enti competenti;
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio, al doppio dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento alla data dell'infortunio;
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da incidente stradale, al triplo dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento alla data dell'infortunio.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente da infortunio, si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che ha generato l'Invalidità.

Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente potrà essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia.

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.

AVVERTENZA

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili: l'indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

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

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per e Malattia Grave dell'Assicurato.

Art. 24.1 Carenza

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. 25 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, 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

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, fermo restando le esclusioni all'art. 28, la corresponsione di una somma pari all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili 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**.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 nel corso della durata contrattuale.

AVVERTENZA

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili: l'indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata della garanzia Inabilità Totale Temporanea. La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene negli 8 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero in caso di liquidazione di un sinistro per Inabilità Totale Permanente e Malattia Grave.

Art. 25.1 Franchigia

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

Art. 25.2 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. 25.3 Denunce successive

Qualora 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. 26 Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, il rischio coperto è una delle Malattie Gravi di seguito riportate.

Indennizzo

La Compagnia garantisce, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, **fermo restando le esclusioni all'art. 28**, la corresponsione in un'unica soluzione di una somma pari all'ammontare del debito residuo del Finanziamento contratto dall'Impresa con il Contraente alla data del verificarsi dell'evento.

AVVERTENZA:

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili: l'indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

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 dalla garanzia Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero o Inabilità Totale Temporanea nel periodo intercorrente tra la data di diagnosi e la data di liquidazione della Malattia Grave, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per Inabilità Totale Permanente.

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

La Copertura Assicurativa non prevede il pagamento di alcuna prestazione Malattie 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, di cui si fornisca prova certa. 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 della 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. E' 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. E' 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. 26.1 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 presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
- all'assicurato venisse diagnosticata una delle malattie gravi coperte.

Inoltre, per quanto riguarda la garanzia Malattie Gravi, 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. 27 Caratteristiche e Prestazione della copertura di Inabilità Totale Temporanea

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia.

Indennizzo

La Compagnia in caso di sinistro liquiderà mensilmente, **fermo restando le esclusioni all'art. 28**, la corresponsione di una somma pari all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili del Finanziamento. L'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo **al termine del periodo di franchigia di 60 giorni** e successivamente verrà liquidato ogni 30 gg nel perdurare dello stato di inabilità.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 indennizzi nell'arco dell'intera durata contrattuale. Qualora il sinistro dovesse perdurare oltre la scadenza della polizza, la Compagnia continuerà ad erogare le prestazioni mensili dovute nel rispetto delle condizioni contrattuali e fino ad un massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro.

AVVERTENZA

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili: l'indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

La prestazione di Inabilità Totale Temporanea non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata della garanzia Ricovero Ospedaliero.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.

Art. 27.1 Franchigia

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia è sottoposta ad un periodo di franchigia di 60 giorni.

L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

Art. 27.2 Carenza

La Copertura Assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se 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 decorrenza della polizza.

Art. 27.3 Denunce successive

Qualora un sinistro per Inabilità Totale Temporanea 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 90 giorni consecutivi.

PARTE III: ESCLUSIONI

Art. 28 Esclusioni

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

- 1. invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- 2. 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. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;**
- 3. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- 4. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- 5. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- 6. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- 7. i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- 8. i sinistri causati da etilismo, 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;**
- 9. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**

10. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
11. atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
12. 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);
13. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
14. Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
15. L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
16. Svolgimento dell'Assicurato di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

GLOSSARIO

Ammortamento: Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di Finanziamento.

Apertura di credito: Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato.

Assicurato: La persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, residente in Italia e designata dall'Impresa che presenta i requisiti di assicurabilità previsti all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Beneficiario: L'Impresa che aderisce alla Polizza Collettiva.

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.

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

Condizioni di Assicurazione: Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: Unicredit S.p.a.

Contratto di Assicurazione: Costituito dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato.

Copertura Assicurativa: Garanzia assicurativa collettiva e Facoltativa concessa dalla Compagnia all'Impresa ai sensi della Polizza Collettiva e in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione, a favore del Beneficiario, al verificarsi del sinistro.

Debito Residuo: Debito in linea capitale del Finanziamento risultante alla data del sinistro. Dal calcolo sono escluse eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'evento.

Data di Decorrenza della copertura assicurativa: Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare.

DIP Danni: Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP Aggiuntivo Multirischi: Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.

Durata contrattuale: Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Finanziamento: Il Mutuo o l'Apertura di Credito.

Franchigia: Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile in termini di polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.

Importo Erogato del Finanziamento: L'importo erogato del Mutuo, o concesso dall'Apertura di credito, dal Contraente all'Impresa.

Importo Richiesto del Finanziamento: L'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente.

Inabilità Totale Temporanea: Perdita temporanea e totale 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 dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio – Incidente stradale: È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente e cagionato da veicoli o mezzi meccanici – esclusi quelli ferroviari- in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

Sono considerati come infortunio anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti ai termini delle presenti condizioni particolari;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Impresa: La società di piccole o medie dimensioni che ha richiesto un Finanziamento chirografario con il Contraente, ha aderito alla Polizza Collettiva, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio di assicurazione.

Invalidità Totale permanente: Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'assicurato purché proficua e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 60%.

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 e 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 e, 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.

Lo stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato viene accertato dalla Società, alla quale spetta la valutazione circa l'esistenza delle condizioni di pagamento delle prestazioni garantite.

Istituto: Unicredit S.p.a.

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

Malattia: 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. E' 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 della 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.

Modulo di Adesione: Il modulo sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato per l'adesione alla Polizza Collettiva che contiene tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Mutuo Chirografario: Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un Finanziamento a medio e lungo termine non garantito da ipoteca su immobili.

Polizza Collettiva: Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati.

Premio: Il premio che viene versato dall'Impresa per il tramite del Contraente alla Compagnia in relazione alle coperture prestate con la presente polizza.

Questionario Medico: Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Rapporto di Visita Medica: Il modulo che deve essere compilato dall'Assicurato e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio.

Ricovero Ospedaliero: Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Set Informativo: L'insieme dei documenti che sono predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet della Compagnia

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

Data ultimo aggiornamento: Luglio 2019

**MODULO DI ADESIONE
COPERTURA ASSICURATIVA**

CREDITOR PROTECTION N.020000174

MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE
A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL
AD ADESIONE FACOLTATIVA

Dati Finanziamento		
Domanda di Mutuo/Apertura di Credito n°		
Dati Impresa		
Ragione sociale P.IVA/C.F.		
Dati Assicurando		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Dati copertura assicurativa		
Durata/Durata residua del Mutuo o Apertura di Credito (espressa in mesi):		
Importo richiesto/Capitale Residuo del Mutuo o Apertura di credito: €		
Premio		
Premio unico anticipato: € (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Costi complessivi: €		
Provvigione percepita dall'intermediario		
Provvigione percepita dall'Intermediario: 49,50% dell'imponibile pari a €		

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA PRESO ATTO CHE:

- Unicredit S.p.a. ha stipulato con CNP Assurances S.A., per conto dei propri clienti, la Polizza Collettiva Danni N°020000174, concernente una Copertura Assicurativa di Inabilità Totale Temporanea, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero e con CNP Unicredit Vita. L'Adesione alle due Polizze, assolutamente facoltativa, è riservata ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con Unicredit S.p.a.
L'Adesione alla presente Polizza Collettiva Danni comporta la contemporanea sottoscrizione della adesione alla Polizza Collettiva Vita, come meglio specificato nelle Condizioni di Assicurazione;
- a condizione che sia stato versato il relativo premio, le Coperture Assicurative sopra citate decorrono dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento e hanno una durata coincidente con la durata del contratto di Finanziamento (con un massimo di 10 anni); in caso di finanziamenti già in essere, le Coperture Assicurative sopra citate, decorrono dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio;
- il capitale massimo assicurabile è pari a euro 500.000,00 e che il relativo premio sarà pertanto calcolato sulla base di tale limite massimo. Nel caso in cui l'importo mutuato fosse superiore alla somma di euro 500.000,00 prevista come limite massimo, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al capitale residuo in essere alla data del Sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo mutuato. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia pari ad un importo maggiore di €500.000), la compagnia sarà tenuta a pagare un importo maggiore di: a) €500.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% e nel caso di Malattia Grave; b) €1.000.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60%; c) €1.500.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale.

DICHIARA di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini di 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente modulo e con le modalità disciplinate all'art.9 "Diritto di recesso dalla copertura assicurativa" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SI IMPEGNA al pagamento presso Unicredit S.p.a. del premio assicurativo a favore di CNP Assurances S.A. calcolato in base all'importo richiesto e alla durata del Finanziamento indicati nel presente Modulo di Adesione. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

DESIGNA come Assicurato la persona indicata nel frontespizio del presente modulo di Adesione.

DESIGNA l'Impresa stessa quale Beneficiario per le Coperture di Inabilità Totale Temporanea, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero.

AUTORIZZA Unicredit S.p.a. a trasmettere a CNP Assurances S.A. le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza Collettiva.

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:

- a) di essere consapevole che, per essere ammesso alle coperture assicurative di cui alla Polizza Collettiva dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
- b) di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite Unicredit S.p.a. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto delle modalità assuntiva prevista, posso chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a mio carico;
- d) di dare mandato irrevocabile all'Impresa, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, di Inabilità Totale Temporanea, di Malattia Grave e di Ricovero Ospedaliero ad incassare ogni indennizzo dovuto dalla Compagnia in base alla presente Polizza Collettiva.

Luogo e Data _____

Firma dell'Assicurando _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Impresa dichiara inoltre:

- 1) di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'art. 9 "Diritto di recesso dalla copertura assicurativa" delle Condizioni Contrattuali;
- 2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007), è obbligata a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto con l'impresa e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
- 3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Contrattuali, consegnate unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) – i seguenti articoli e norme: art. 2 (Modalità di adesione alla Polizza Collettiva); art. 2.1 (Formalità di ammissione); art. 2.2 (Perfezionamento del contratto); art. 2.3 (Decorrenza delle coperture); art. 7 (Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento); art. 7.1 (Estinzione parziale del Finanziamento); art. 9 (Diritto di recesso dalla copertura assicurativa); art.10 (Beneficiari); art. 11 (Denuncia di sinistro); artt.25.1, 27.1 (Franchigia); artt. 24.1, 25.2, 26.1, 27.2; (Carenza) art. 28 (Esclusioni).

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

DICHIARAZIONE

- **L'Impresa e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo - redatto ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Danni (DIP Danni), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi), dalle Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario, dal fac-simile del Modulo di Adesione e dall'Informativa sulla privacy.**

- **L'Impresa dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.**

Luogo e Data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____
o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

Firma dell'Assicurando _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Preso atto dell'informativa, consegnatami unitamente al Set Informativo, e delle finalità e modalità di trattamento dei dati personali che mi riguardano, e in particolar modo, per l'Assicurato, di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, dichiaro di acconsentire al loro trattamento e alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa con le modalità e per le finalità in essa specificamente previste.

Luogo Data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____
o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'impresa

Firma dell'assicurato _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016, La informiamo che:

1. i suoi dati personali (di seguito anche i "Dati"), quali, tra gli altri:

- o nome, cognome, partita iva codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente;
- o relativi alla Sua attività commerciale e/o lavorativa e/o alla Sua condizione familiare, reddituale o patrimoniale;
- o i dati idonei a rilevare lo stato di salute, risultanti da diagnosi, anamnesi, cartelle cliniche e referti etc, per i quali si prevedono tutte le garanzie del caso;
- o i dati relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza, trattati con le garanzie dette, sottoposti al controllo dell'autorità pubblica e/o il cui trattamento è autorizzato dalla legge nazionale.

Sono raccolti e trattati da CNP ASSURANCES S.A., previo consenso esplicito, laddove necessario, con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici e/o automatizzati, per finalità riguardanti:

- a. la conclusione del contratto, gestione ed esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza assicurativa, svolgimento di attività riassicurative;
- b. gli adempimenti di obblighi di legge e di regolamento (obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa), o dipendenti dalla normativa comunitaria (come ad esempio per antiriciclaggio) e/o disposizioni di organi pubblici;
- c. la prevenzione di frodi contrattuali in adempimento di obblighi di legge e di regolamento;
- d. l'assistenza alla clientela sui servizi e prodotti offerti, in ragione degli obblighi in tal senso discendenti dal rapporto instaurato;
- e. attività statistica e di monitoraggio e ottimizzazione dei prodotti e dei servizi offerti (es. attività di attuarato per come regolate dalla normativa di settore);
- f. le esigenze di sicurezza informatica, da soddisfare in osservanza degli obblighi derivanti dalla corretta applicazione dell'art. 33 del Regolamento (UE) 679/2016 (Notificazione della violazione dei dati personali da parte dell'autorità di controllo), e mediante misure adeguate a contenere i rischi dipendenti dai trattamenti messi in atto e valutate anche alla stregua dell'interesse legittimo di CNP ASSURANCES S.A.

2. il conferimento dei Dati è:

- a. necessario per l'esecuzione e per la gestione della Polizza assicurativa;
- b. necessario in base a legge, regolamento o normativa comunitaria e/o disposizioni di organi pubblici.

Il mancato conferimento potrebbe comportare per CNP ASSURANCES S.A. l'impossibilità di dar seguito al rapporto e/o ad attività ad esso connesse e strumentali. Rimane comunque la possibilità di opposizione ai trattamenti basati sul legittimo interesse del titolare e/o di terzi e destinatari.

3. I Dati possono essere raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- la banca;
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori e chi ha la rappresentanza dell'impresa);
- 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.

4. I Dati potranno essere comunicati e trattati da:

- a. soggetti determinati, incaricati da CNP ASSURANCES S.A. della fornitura di servizi strumentali o necessari all'esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza assicurativa, presenti sia in Italia e all'Estero, quali, a titolo esemplificativo, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa", quali, istituti di credito convenzionati, incaricati della gestione degli archivi ed elaborazione dei dati, ed altri, Assicuratori, coAssicuratori e riAssicuratori;
- b. altresì, soggetti determinati incaricati da CNP ASSURANCES S.A. per le attività di riguardanti la gestione del contenzioso e/o del rischio assicurato o per le attività di analisi statistica e attuariale, e, infine, a società dell'informazione e di assistenza informatica;
- c. amministrazione finanziaria e altri enti pubblici di interesse, organismi associativi (Ania) e consortili propri del settore assicurativo, IVASS, Autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia dovuta per il raggiungimento delle finalità di gestione della polizza assicurativa;
- d. società controllate o collegate a CNP ASSURANCES S.A. a cui sono demandate attività amministrative funzionali alla gestione del rapporto instaurato;
- e. altre compagnie di assicurazione per la redistribuzione del rischio (coassicurazione e riassicurazione);
- f. soggetti, quali familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori nel caso delegati a ricevere le informazioni che La riguardano.

La comunicazione riguarda le categorie di dati la cui trasmissione si renda necessaria per lo svolgimento delle attività e per il perseguimento delle finalità da parte di CNP ASSURANCES S.A. nella gestione del rapporto instaurato. Il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato nel caso in cui lo stesso avvenga a fronte di obblighi di legge o per dar corso agli obblighi

derivanti dal rapporto contrattuale o nel caso dovesse ricorrere altra ipotesi di esclusione (quale il legittimo interesse di CNP ASSURANCES S.A.), espressamente prevista anche in dipendenza della corretta applicazione della normativa vigente e di settore, o anche mediante soggetti terzi individuati quali responsabili del trattamento. Laddove la comunicazione coinvolga dati idonei a rivelare lo stato di salute e gli altri dati appartenenti a categorie particolari, le relative operazioni di trattamento avverranno con tutte le garanzie del caso.

Inoltre, i Suoi Dati potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori in qualità di soggetti autorizzati. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati verso soggetti indeterminati e non identificabili neanche come terzi.

5. I Suoi Dati sono conosciuti e trattati per il tramite di dipendenti e collaboratori in qualità di soggetti autorizzati.

A questi è consentito l'accesso ai Suoi dati personali nella misura e nei limiti in cui esso è necessario per lo svolgimento delle attività di trattamento che La riguardano.

CNP ASSURANCES verifica periodicamente gli strumenti mediante i quali i Suoi dati vengono trattati e delle misure di sicurezza per essi previste di cui prevede l'aggiornamento costante; verifica, anche per il tramite dei soggetti autorizzati al trattamento, che non siano raccolti, trattati, archiviati o conservati dati personali di cui non sia necessario il trattamento; verifica che i dati siano conservati con la garanzia di integrità e di autenticità e del loro uso per le finalità dei trattamenti effettivamente svolti.

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati verso soggetti indeterminati e non identificabili neanche come terzi.

6. I dati personali trattati da CNP ASSURANCES S.A. vengono conservati:

- per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del rapporto instaurato e fino ai dieci anni successivi alla sua conclusione o da quando i diritti che da esso dipendono possono essere fatti valere (ai sensi dell'art. 2952 c.c.);
- per l'adempimento degli obblighi (es. quelli fiscali e contabili) che permangono anche dopo la conclusione del contratto (art. 2220 c.c.), ai cui fini CNP ASSURANCES S.A. deve conservare solo i dati necessari per il loro perseguimento. Sono fatti salvi i casi in cui si dovessero far valere in giudizio i diritti derivanti dal contratto: i Suoi dati, solo quelli necessari per tali finalità, saranno trattati per il tempo richiesto per il loro perseguimento.;

La conservazione dei dati potrebbe rispondere, laddove previsto e documentato da CNP ASSURANCES S.A. al legittimo interesse del titolare del trattamento e/o di terzi e destinatari.

I Dati sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici, situati all'interno dello Spazio economico europeo, e al fine sono assicurate misure di sicurezza adeguate.

7. Lei potrà avere sempre il controllo dei Suoi dati, al fine Le è riconosciuto il diritto di:

- ottenere conferma del trattamento operato da CNP ASSURANCES S.A.;
- accedere ai Suoi dati personali e conoscerne l'origine (quando i dati non sono ottenuti da Lei direttamente), le finalità e gli scopi del trattamento, i dati dei soggetti a cui essi sono comunicati, il periodo di conservazione dei Suoi dati o i criteri utili per determinarlo;
- 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;
- aggiornare o rettificare i Suoi dati personali in modo che siano sempre esatti e accurati;
- cancellare i Suoi dati personali dalle banche dati e/o dagli archivi anche di backup di CNP ASSURANCES S.A. nel caso, in cui non siano più necessari per le finalità del trattamento o se questo si assume come illecito, e sempre se ne sussistano le condizioni previste per legge; e comunque se il trattamento non sia giustificato da un altro motivo ugualmente legittimo;
- limitare il trattamento dei Suoi dati personali in talune circostanze, ad esempio laddove Lei ne abbia contestato l'esattezza, per il periodo necessario a CNP ASSURANCES S.A. per verificarne l'accuratezza. Lei deve essere informato, in tempi congrui, anche di quando il periodo di sospensione si sia compiuto o la causa della limitazione del trattamento sia venuta meno, e quindi la limitazione stessa revocata;
- ottenere i Suoi dati personali, se trattati da CNP ASSURANCES S.A. con il Suo 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.

CNP ASSURANCES S.A. dovrà procedere in tal senso senza ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della Sua richiesta. Il termine può essere prorogato di due mesi, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste ricevute da CNP ASSURANCES S.A. In tali casi questa, entro un mese dal ricevimento della Sua richiesta, dovrà informarla e metterla al corrente dei motivi della proroga.

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

Per motivi relativi alla Sua situazione particolare, può opporsi in ogni momento al trattamento dei Suoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse. Lei ha diritto alla cancellazione dei Suoi dati personali, con salvezza dei trattamenti compiuti prima della Sua richiesta, se non esiste un motivo legittimo prevalente rispetto a quello che ha dato origine alla Sua richiesta.

Fatta salva ogni altra azione in sede amministrativa o giudiziale, può presentare un reclamo all'autorità garante per la protezione dei dati personali, a meno che Lei non risieda o non svolga la Sua attività lavorativa in altro Stato membro. In tale ultimo caso, o in quello in cui la violazione della normativa in materia di protezione dei dati personali avvenga in altro paese dell'Ue, la competenza a ricevere e conoscere il reclamo sarà delle autorità di controllo ivi stabilite.

Per ogni informazione, può rivolgersi a:

Il Titolare del trattamento	CNP ASSURANCES S.A.	Via Bocchetto 6 – 20123 Milano Per ogni richiesta relativa all'esercizio dei Suoi diritti CNP ASSURANCES S.A. mette a disposizione l'indirizzo e-mail dedicato: privacy@cnpitalia.it
Il Responsabile della protezione dei dati (o Data Protection Officer)	DPO	dpo.it@cnppartners.eu

Ogni aggiornamento della presente informativa Le sarà comunicato tempestivamente e mediante mezzi congrui e altrettanto Le sarà comunicato se la CNP ASSURANCES S.A. darà seguito al trattamento dei Suoi dati per finalità ulteriori rispetto a quelle di cui alla presente informativa prima di procedervi e in tempo per prestare il consenso se necessario.