



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. 04/2021

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.):

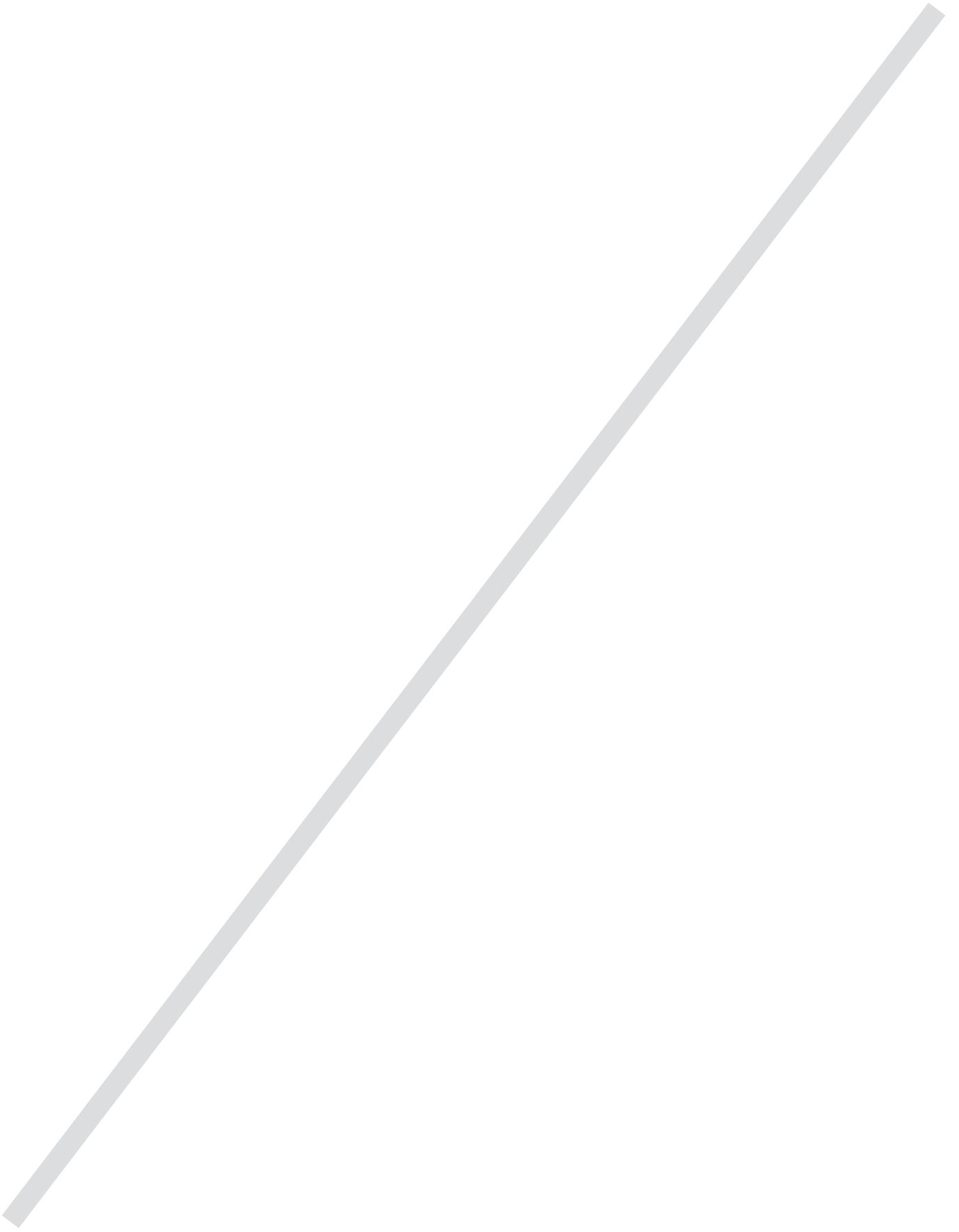
- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
- Informativa per il trattamento dei dati personali
- Modulo di Adesione - FAC-SIMILE

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

- Condizioni di Assicurazione 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





PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito chirografari imprese è la **POLIZZA FACOLTATIVA ABBINABILE AI MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI**, pensata per la tutela dell'Impresa contro eventi che possono compromettere la continuità del business; viene stipulata direttamente dalla Banca stessa in qualità di Contraente al fine di consentire ai propri Clienti che decidono di aderirvi, di beneficiare delle coperture assicurative in essa previste.

In caso di premorienza, invalidità totale permanente e malattia grave dell'Assicurato, le coperture assicurative acquistate intervengono con il pagamento del debito residuo del Mutuo o Apertura di Credito. A seguito di inabilità totale temporanea e ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la copertura assicurativa acquistata interviene invece con il pagamento delle rate del Mutuo o Apertura di Credito in scadenza durante il periodo di inabilità o ricovero.

Il presente SET Informativo illustra le caratteristiche delle Polizze sottoscritte.

La comprensione dei contenuti è ora resa più agevole grazie ai Documenti Informativi precontrattuali denominati "DIP" e "DIP aggiuntivo", i quali espongono in maniera sintetica, le prestazioni previste dal Contratto e forniscono inoltre informazioni sulle Compagnie.

Le Condizioni di Assicurazione relative alla copertura assicurativa offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A. e le Condizioni di Assicurazione relative alle coperture assicurative offerte da CNP Assurances S.A. contengono invece l'insieme delle norme che disciplinano il presente Contratto di Assicurazione. Abbiamo redatto questo documento in maniera quanto più semplice possibile utilizzando strumenti grafici particolarmente intuitivi per facilitarne la lettura; nello specifico:

- ✎ al fine di aiutarti nella comprensione del testo, abbiamo inserito box di consultazione e degli esempi;
- ✎ al fine di dar risalto a quelle parti che devi leggere con attenzione in quanto particolarmente rilevanti, abbiamo utilizzato il carattere grassetto ed evidenziato il testo o il corsivo;
- ✎ al fine di richiamare la tua attenzione a prendere consapevolezza su particolari regole applicative, abbiamo inserito "avvertenze" specifiche.

Per ogni eventuale chiarimento relativo alla copertura assicurativa offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A. (decesso), ti invitiamo a prendere contatto con:

Servizio Clienti

info@cnpvita.it

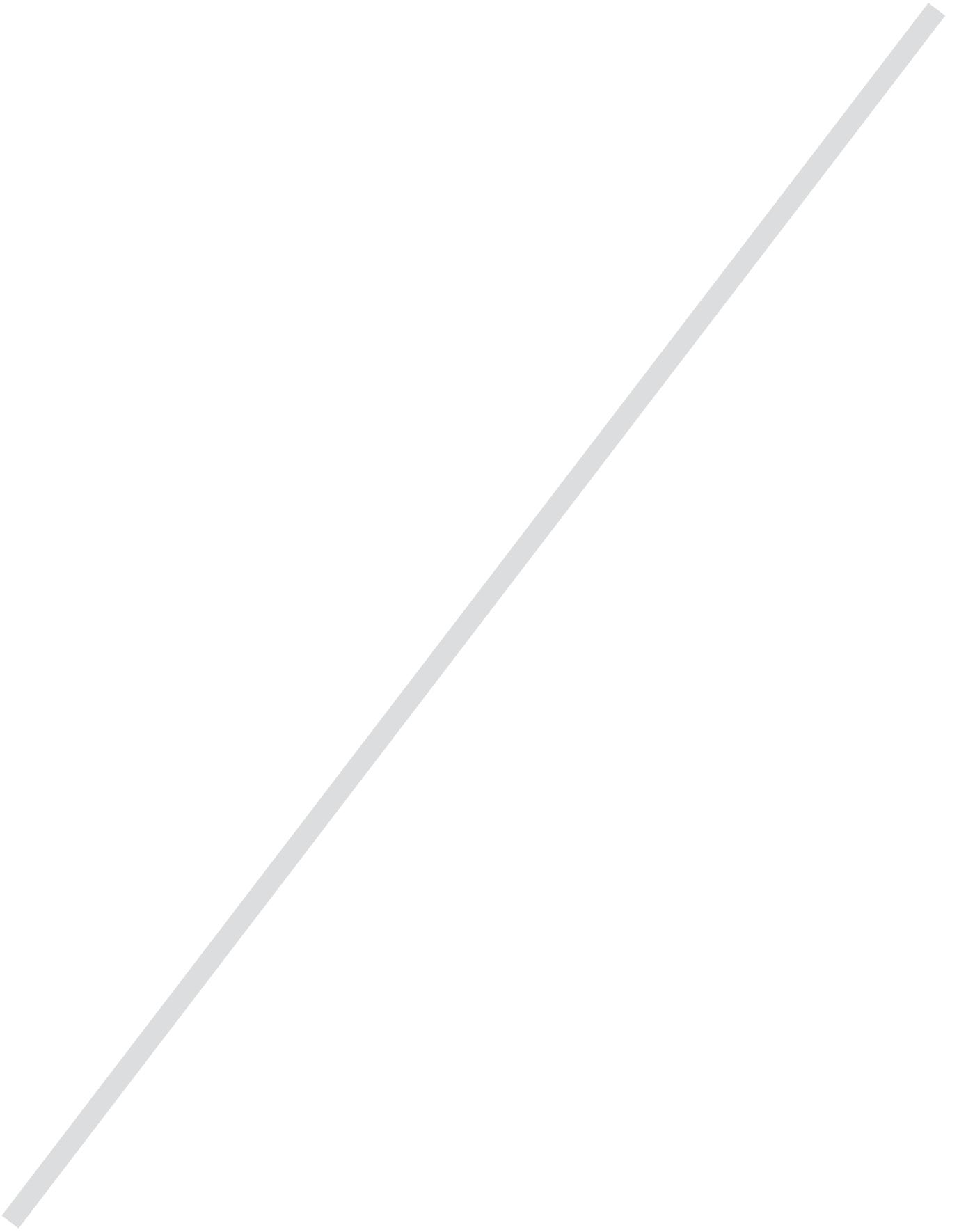
800.129.027

Per ogni eventuale chiarimento relativo alle coperture assicurative offerte da CNP Assurances S.A. (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero), ti invitiamo a prendere contatto con:

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Bocchetto 6, 20123 Milano

portafoglio@cnpitalia.it



ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

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: 01 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:

- a) 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;
- b) 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.

ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
(DIP Danni)

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**

Il presente DIP Danni è aggiornato a novembre 2019

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È una Polizza Collettiva ad adesione FACOLTATIVA dedicata alle Imprese che sottoscrivono un Mutuo o un'Apertura di Credito con 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 polizza collettiva facoltativa vita collegata 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 e malattia;
- ✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia;
- ✓ Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia;
- ✓ Malattia Grave.

Nel rispetto dei massimali previsti e in proporzione al capitale assicurato, la Compagnia corrisponderà:

- ✓ in caso di Invalidità Totale Permanente, una somma pari al debito residuo in linea capitale alla data del sinistro fino ad un massimo di:
 - € 500.000 se la causa è la malattia,
 - € 1.000.000 se la causa è l'Infortunio,
 - € 1.500.000 se la causa è l'Infortunio da incidente stradale,
 escludendo eventuali rate insolte scadute prima dell'evento;
- ✓ in caso di Ricovero Ospedaliero o Inabilità Totale Temporanea una somma pari all'importo delle rate mensili in scadenza durante il periodo di ricovero o inabilità, fino ad un massimo di € 2.000 per ciascuna rata.
La Compagnia rimborserà:
 - fino ad un massimo di 12 rate mensili per sinistro e
 - 48 per l'intera durata contrattuale.
- ✓ in caso di Malattia Grave, un importo pari al debito residuo in linea capitale, fino ad un massimo di € 500.000, escludendo eventuali rate insolte prima alla data dell'evento.

- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ con età superiore a 75 anni non compiuti a scadenza del Mutuo o Apertura di Credito.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

La polizza non copre principalmente se gli eventi assicurati sono causati:

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

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! il grado di Invalidità Totale Permanente accertata è inferiore al 60% (franchigia);
- ! l'accertamento (a seguito di malattia) dell'Invalidità Totale Permanente avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza);
- ! l'Inabilità Totale Temporanea da malattia avviene e/o la malattia che l'ha generata viene diagnosticata nei primi 60 giorni (carenza) dalla decorrenza della Polizza e/o non perdura per almeno 60 giorni (franchigia);
- ! 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 abbia già rimborsato una o più rate del Mutuo o Apertura di Credito;
- ! il ricovero ospedaliero da malattia avviene nei primi 60 giorni (carenza) dalla decorrenza della Polizza e/o ha una durata inferiore o uguale a 7 giorni (franchigia);
- ! 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 del Mutuo o Apertura di Credito;
- ! 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 (carenza) dalla decorrenza della Polizza.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone giuridiche:

- ✗ che non siano di diritto italiano;
- ✗ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ sottoscrittrici di un contratto di Mutuo o Apertura di Credito di durata/durata residua superiore a 10 anni, comprensivi dell'eventuale periodo di preammortamento.

Non sono assicurabili i soggetti:

- ✗ residenti in paesi diversi dall'Italia;
- ✗ non collaboratori, soci o dipendenti di rilevante importanza per l'Impresa;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



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 deve sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'adeguatezza nonché il Modulo di Adesione, mentre l'Assicurato dovrà sottoscrivere il Questionario Medico ovvero il Rapporto di Visita Medica nonché il Modulo di Adesione. Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del di Mutuo o Apertura di Credito (se di nuova erogazione) si verificano 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.
- L'Impresa e l'Assicurato devono fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza. Il sinistro deve essere denunciato tempestivamente fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla sua valutazione.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il premio:

- è unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento;
- è calcolato in funzione della durata e dell'importo richiesto (in caso di Finanziamento di nuova erogazione) o alla durata residua e capitale residuo (in caso di Finanziamento in essere) del Mutuo o Apertura di Credito;
- è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Il premio è addebitato sul conto corrente dell'Impresa al momento della stipula del contratto di Mutuo o Apertura di Credito di nuova erogazione ovvero al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso a UniCredit S.p.A. nel Modulo di Adesione.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La Copertura assicurativa, che avrà una durata pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e comunque non superiore a 120 mesi (10 anni), decorre dalle ore 24.00 del giorno della stipula del Finanziamento (di nuova erogazione) ovvero dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del Premio (in caso di Finanziamento 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.

Le coperture assicurative hanno termine:

- in caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla decorrenza;
- in caso di recesso annuale, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale tale facoltà è stata esercitata. La copertura Decesso manterrà invece la sua efficacia sino a scadenza;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- in caso di liquidazione del debito residuo del Mutuo o Apertura di Credito per Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% o per Malattia Grave dell'Assicurato;
- alla data di scadenza del contratto di assicurazione che coincide con la scadenza iniziale del contratto di Mutuo o Apertura di Credito;
- in caso di estinzione anticipata totale, accollo o trasferimento del Finanziamento nel caso in cui l'Impresa non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa;
- cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa o qualora non sia stato possibile procedere con la sostituzione dell'Assicurato.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Impresa può recedere dalla Polizza Collettiva:

a. entro 60 giorni dalla data di decorrenza;

b. annualmente, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale ha esercitato la facoltà;

L'impresa può recedere con le seguenti modalità:

- › utilizzando il modulo di recesso disponibile presso la filiale UniCredit S.p.A. ove è stato acceso il Mutuo o Apertura di Credito; oppure
- › inviando apposita comunicazione sempre alla filiale medesima a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
- › per il solo caso a), inviando una pec all'indirizzo polizzeassicurative@pec.unicredit.eu



ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

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



Compagnie: CNP UniCredit Vita S.p.A.

CNP Assurances S.p.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: 01 aprile 2021

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 di 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 di Assicurazione delle Polizze Vita e Danni prima della sottoscrizione del Contratto.

Ramo Vita

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 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 IVASS n. 580 del 26/05/1997 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 02/06/1997.

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

Si riporta di seguito il patrimonio netto di **CNP UniCredit Vita S.p.A.** al 31/12/2019 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 753,34 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 2019 il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 372,50 milioni di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 167,63 milioni di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura è pari a 878,66 milioni di euro, totalmente classificabili in Tier I. Questi dati determinano un Solvency Ratio (SR) del 235,88%.

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

Ramo Danni

CNP ASSURANCES S.A. Compagnia 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 31/12/2019

Patrimonio netto = 12.153 milioni di euro
Capitale sociale = 687 milioni di euro
Riserve patrimoniali = 11.467 milioni di euro

In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 14,7 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 6,6 mld. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 35,7 mld di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale minimo è pari a 30,6 mld. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link:

<http://www.cnp.fr/Analyste-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 243%.

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 Assicurative 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 (sliettino), 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 la Compagnia?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di 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);
- 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 800 222 662).

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 800 222 662).

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).

Prescrizione:

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.

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.

Liquidazione della prestazione:

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.

Gestione da parte di altre imprese

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.

Assistenza diretta/in convenzione

	Non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con le Compagnie.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<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.</p> <p>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?	
<p>Le Polizze Vita e Danni sono dedicate alle persone giuridiche che al momento della sottoscrizione della proposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>Il presente Contratto non è soggetto ad alcuna spesa di emissione.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costi di Intermediazione <p>L'importo percepito dall'intermediario a titolo di provvigione relativamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Le polizze non prevedono opzioni di riscatto e riduzione.
Richiesta di	-

informazioni	
---------------------	--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
Impresa assicuratrice	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
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 www.ivass.it, alla Sezione PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo - , possono 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 in-terpellando 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 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 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"). 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. 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>

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, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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.

CNP UNICREDIT VITA, PER QUESTO CONTRATTO, DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. CNP ASSURANCES S.A., PER QUESTO CONTRATTO, NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA ALL'ADERENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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

Ed. 06/2020

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SONO STATE REDATTE
SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"

INDICE

GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA 1

Art. 2 - PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA 2

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 2

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 - DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 4

Art. 5 - DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO 6

Art. 6 - RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI 6

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 7 - ESCLUSIONI 7

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 8 - PREMIO 8

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 9 - COSTI GRAVANTI SUL PREMIO 8

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 10 - LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO 9

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 - BENEFICIARIO 9

Art. 12 - DENUNCIA DI SINISTRO 9

Art. 13 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 10

ALTRE NORME

Art. 14 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 11

Art. 15 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DI CONTRATTO 11

Art. 16 - COMUNICAZIONI 11

Art. 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE 11

Art. 18 - CESSAZIONE DEI DIRITTI 11

Art. 19 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ 11

Art. 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE 11

ALLEGATO 1 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata parziale del Mutuo

ALLEGATO 2 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata totale del Mutuo

ALLEGATO 3 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente

GLOSSARIO

- **Apertura di Credito:** Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa aderente, non garantito da ipoteca su immobili, col quale il Contraente si obbliga a tenere a disposizione dell'Impresa aderente una somma predeterminata, utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa aderente potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata dovrà essere restituita dall'Impresa aderente 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, che ha aderito alla Copertura assicurativa sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione, e per la quale sia stato corrisposto il relativo Premio.
- **Assicurazione:** Il Contratto attraverso il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a riconoscere al Beneficiario designato un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
- **Banca:** UniCredit S.p.A., che nel presente Contratto coincide con il Contraente.
- **Beneficiario:** L'Impresa che aderisce alla polizza collettiva
- **Capitale assicurato:** Corrisponde inizialmente all'importo del Finanziamento erogato dal Contraente o del Debito Residuo in caso fosse stato erogato precedentemente (versione Recall) e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al debito residuo del Finanziamento stesso.
- **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 E. Cornalia, 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:** Accordo con il quale l'Assicurato, a fronte del pagamento del Premio, e la Compagnia stabiliscono obblighi e impegni al verificarsi dell'evento assicurato.
- **Copertura Assicurativa:** Garanzia assicurativa generata dal versamento del Premio.
- **Debito residuo:** La quota capitale di un finanziamento che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca che lo ha concesso. Il debito residuo non include la quota degli interessi, ma fa riferimento al solo capitale prestato.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** Documento informativo precontrattuale aggiuntivo redatto nel caso di Contratti in cui a prodotti assicurativi Vita sono abbinare 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.
- **Importo erogato:** Ammontare del Finanziamento riconosciuto dal Contraente. Se previsto, è pari all'importo richiesto più i premi relativi alle polizze Vita e Danni collegate. Coincide con il Capitale assicurato.
- **Importo richiesto:** Ammontare del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente.
- **Impresa aderente:** La società che ha stipulato un Mutuo oppure un'Apertura di Credito in conto corrente con il Contraente.
- **Inabilità Totale Temporanea (ITT):** La perdita totale temporanea della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività (professione).
- **Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intermediario:** Il soggetto che colloca il presente Contratto cioè UniCredit S.p.A..
- **Invalidità Totale Permanente:** La perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.
- **IVASS (ex ISVAP):** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.
- **Malattia:** L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Modulo di Adesione:** Il documento, sottoscritto dall'Impresa aderente e dall'Assicurato, mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione e indica i Beneficiari.

- **Modulo di Sostituzione Assicurato:** Il documento sottoscritto dall'Impresa aderente, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale l'Impresa aderente indica il nuovo Assicurato in sostituzione dell'Assicurato uscente.
- **Mutuo Chirografario:** Il contratto con il quale il Contraente concede all'Impresa Aderente un finanziamento o un credito non garantito da ipoteca su immobili, da restituire secondo un piano di ammortamento predeterminato
- **Parti:** Contraente, Assicurato, Compagnia e Impresa aderente.
- **Persona Giuridica:** Soggetto titolare di partita IVA.
- **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'Impresa Aderente, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione assicurativa.
- **Questionario Medico:** Il modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato.
- **Rapporto di 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.
- **Ricovero Ospedaliero (RO):** 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.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il Sinistro.
- **Set Informativo:** Insieme dei documenti predisposti, consegnati all'Impresa aderente e 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 di Assicurazione e Glossario Polizza Vita, Condizioni di Assicurazione e Glossario Polizza Danni, Informativa sulla Privacy Polizza Vita, Informativa sulla Privacy Polizza Danni, Facsimile 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: Giugno 2020

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I RIQUADRI ESPLICATIVI O ESEMPLIFICATIVI AFFIANCO AGLI ARTICOLI HANNO LA FUNZIONE DI AGEVOLARE LA COMPrensIONE DELLE CONDIZIONI.

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il Contratto di adesione alla **Polizza Collettiva** (nel seguito per semplicità la "Polizza") accessoria al mutuo (nel seguito per semplicità il "Mutuo") che l'Impresa aderente ha stipulato con il **Contraente**, UniCredit S.p.A. (nel seguito per semplicità la "Banca"). Tale Contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente (di seguito la "Banca"), la Compagnia, l'**Assicurato** e l'**Impresa Aderente**.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO



CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA

CNP UniCredit Vita S.p.A. si impegna a garantire all'Impresa aderente un capitale in caso di:

- **Decesso**, altresì chiamato sinistro, dell'Assicurato avvenuto per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura assicurativa, senza limiti territoriali.

Il pagamento della prestazione, pari al **Debito Residuo** del Mutuo o Apertura del credito in essere alla data del sinistro, avviene in unica soluzione da parte della Compagnia, salve le limitazioni previste al successivo Art. 7 "ESCLUSIONI" e i limiti di indennizzo previsti all'Art. 10 "LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO".

Si precisa che, unitamente alla copertura "Decesso", il pacchetto assicurativo completo, offerto all'Impresa aderente e all'Assicurato, prevede ulteriori prestazioni, garantite invece da CNP Assurances S.A., in caso di:

- **Invalidità Totale Permanente (ITP)** da Malattia o Infortunio dell'Assicurato;
- **Inabilità Temporanea e Totale (ITT)** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- **Ricovero Ospedaliero (RO)** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- **Malattia Grave (MG)** dell'Assicurato.

La Prestazione assicurata relativa al Decesso 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 Danni stipulata dalla Banca con CNP Assurances S.A.

Esempio

La Compagnia Danni liquida all'Impresa aderente il Debito Residuo del Mutuo, a seguito di una condizione di Invalidità Totale Permanente (ITP) dell'Assicurato accertata al 60%.

Se l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla liquidazione dell'ITP, CNP UniCredit Vita NON riconoscerà alcuna prestazione all'Impresa aderente, in quanto la liquidazione a seguito di ITP comporta anche la cessazione del Contratto Vita.

La Prestazione assicurata per successivo decesso dell'Assicurato verrebbe invece liquidata da CNP UniCredit Vita all'Impresa aderente qualora la precedente richiesta di liquidazione per Invalidità Totale Permanente fosse stata rifiutata dalla Compagnia Danni.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto non è prevista alcuna prestazione e il premio versato resterà acquisito dalla Compagnia.

La Prestazione assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'intero Importo del Mutuo o Apertura di credito erogato all'Impresa o

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

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.

Assicurato: la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa, che ha aderito alla Copertura assicurativa sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione, e per la quale sia stato corrisposto il relativo Premio.

Impresa aderente: la società che ha stipulato un Mutuo o pure un'Apertura di Credito in conto corrente con il Contraente, nonché beneficiaria delle prestazioni.

Debito residuo: la quota capitale di un finanziamento che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca che lo ha concesso. Il debito residuo non include la quota degli interessi.

Premio: il corrispettivo dovuto alla Compagnia dall'Impresa Aderente, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione assicurativa.

Capitale assicurato: corrisponde inizialmente all'Importo del Finanziamento erogato dal Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Debito Residuo del Finanziamento stesso.

al debito residuo al momento dell'adesione alla polizza nella versione Recall (Capitale Assicurato iniziale) e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Debito Residuo del Mutuo o Apertura di credito stesso.

Ai fini della determinazione del Debito 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 del Mutuo o Apertura di credito erogato all'Impresa o il debito residuo al momento dell'adesione alla polizza nella versione Recall 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 Debito Residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'Importo erogato, comprensivo dei premi relativi alle coperture assicurative vita e danni collegate allo stesso.

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 all'Impresa per la presente Polizza.

Art. 2 PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

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 o alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall;
- 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 comunicare direttamente 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 nell'Art. 3.

Ciascun Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui sopra e deve essere indicato nel Modulo di Adesione.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Formalità di Ammissione alla Copertura assicurativa

1. Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'Adeguatezza e Modulo di Adesione

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

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa aderente della contestuale adesione alla Polizza Danni stipulata dalla Banca 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.

Modulo di Adesione: il documento, sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale aderisce all'Assicurazione e indica i Beneficiari.

Questionario per la valutazione delle esigenze assicurative e dell'Adeguatezza: questionario obbligatorio per legge che indaga le esigenze e la propensione al rischio dell'aderente. Viene acquisito in fase precontrattuale per valutare l'adeguatezza al profilo del Contratto offerto.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire i dati necessari per l'adeguata verifica **antiriciclaggio**.

2. Dichiarazioni sanitarie

Una volta valutata l'Adeguatezza, l'Assicurato dovrà, in funzione dell'Importo richiesto e dell'età alla data di decorrenza della Copertura assicurativa, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA di seguito riportata, procedere a:

- compilare il Questionario Medico (A);
- fornire eventuale Rapporto Visita Medica (B) ed 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	Età compresa tra 18 e 65 anni compiuti	Età compresa tra 66 anni compiuti e 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Modalità (A) Questionario Medico	Modalità (B) Rapporto Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 520.000,00	Modalità (B) Rapporto Visita Medica	Modalità (B) Rapporto Visita Medica

Le spese relative derivanti dal Rapporto di Visita Medica, dagli esami obbligatori a esso collegati e da eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita medica sono a totale carico dell'Impresa aderente.

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. L'eventuale documentazione aggiuntiva al Questionario Medico (nel caso le dichiarazioni nello stesso rilasciate da parte dell'Assicurato comportassero la necessità di ulteriori valutazioni da parte della Compagnia), il Rapporto Visita Medica e la relativa documentazione a supporto comprensiva degli eventuali esami medici, vengono inviati in busta chiusa a:

CNP UniCredit Vita - Ufficio Assunzioni
Via E. Cornalia n. 30, 20124 Milano (per il tramite della Banca).

La Compagnia si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla Copertura assicurativa.

Il rifiuto o la conferma di accettazione del Rischio verranno comunicati dalla Compagnia all'Assicurato, e alla Banca per conoscenza.

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 o la data di decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recal intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia, per il tramite della Banca, 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

Antiriciclaggio: normativa che prevede che le Compagnie di assicurazione debbano effettuare l'attività di "adeguata verifica" dei propri Clienti, che consiste in:

- identificare il Cliente e verificarne l'identità sulla base di documenti;
- identificare l'eventuale titolare effettivo e verificarne l'identità;
- ottenere informazioni sullo scopo e sulla natura prevista del rapporto continuativo;
- svolgere un controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

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.

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.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

• 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:

- a. 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;
- b. 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 sempreché
 - sia stato pagato il relativo Premio.

Successivamente alla decorrenza delle Coperture Assicurative, la Banca 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 ovvero la corrispondente riduzione della rata del finanziamento, indicando i relativi importi.

• 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 con la durata originaria del Mutuo, comprensiva di un eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi, o quella residua nella versione Recall.

La durata del Mutuo o Apertura di Credito è comunicata alla Compagnia dalla Banca.

• Cessazione della Copertura assicurativa

Fermo restando quanto stabilito al punto precedente, 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 della scadenza sopra indicata dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica anche uno dei seguenti eventi:

- a. **estinzione totale anticipata** o **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 corrisposti da CNP Assurances S.A. in virtù della Polizza Danni, collegata

Surroga: è una procedura semplificata per **trasferire il proprio mutuo da una Banca a un'altra** e usufruire agevolmente delle migliori condizioni disponibili, se offerte in quel momento dal mercato.

Estinzione anticipata: azione che permette di rimborsare alla Banca la totalità o parte dell'importo finanziato prima della naturale scadenza contrattuale.

al medesimo Mutuo di cui al presente Contratto, stipulata dalla Banca 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 DELL'ASSICURATO";
- 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 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. 6 "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 aderente.

In nessun caso la Compagnia sarà obbligata a corrispondere alcuna Prestazione assicurata - come definita all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA" - per Sinistri che si verifichino oltre il termine di durata della Copertura assicurativa.

• **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 accesso 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 "PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA" e adempiere alle Formalità di Ammissione previste all'art. 3; a tal proposito, quanto previsto nella tabella all'articolo 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, cioè eventi fortuiti, violenti ed esterni che abbiano come conseguenze lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Nel caso in cui, a seguito della cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa si verificasse un sinistro non riconducibile a infortunio nel periodo antecedente l'accettazione della Compagnia alle coperture assicurative, nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, il nuovo assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura l'Impresa non dovesse indicare un altro soggetto quale sostituto la Compagnia rimborserà, per il tramite della Banca, il rateo di Premio versato e non

Accollo: il subentrare ad un altro mutuatario nel rimborso del finanziamento per l'acquisto di un bene, nel momento in cui il passaggio di proprietà avvenga prima che il debito con la Banca sia stato estinto.

Beneficiari: Impresa che aderisce alla polizza collettiva.

goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione, secondo la formulazione riportata nell'Allegato 3.

L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Impresa aderente.

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Impresa aderente per uno o più assicurati può recedere dal presente Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, recandosi presso la filiale della Banca dove 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. La Banca 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 della Banca **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.

Il diritto di Recesso esercitato da parte dell'Impresa aderente:

- in relazione alle coperture assicurative DANNI, collegate al medesimo Mutuo o Apertura di credito, effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative, determina la cessazione della presente copertura assicurativa ed il rimborso del Premio pagato da parte della Compagnia all'Impresa aderente secondo le modalità indicate nel presente articolo.
- in relazione alla presente copertura assicurativa, fa cessare anche le coperture assicurative DANNI collegate al medesimo Mutuo o Apertura di credito, al quale segue il rimborso all'Impresa aderente del competente Premio pagato.

Art. 6 RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI

- **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 formulazione riportata nell'allegato 1. L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Impresa aderente.

- **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 UniCredit Vita 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 aderente contestualmente alla presente, 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 formulazione riportata nell'allegato 2. L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Impresa aderente.

- **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'Impresa aderente 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 aderente potrà formalizzare la richiesta di mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata recandosi presso la filiale della Banca dove 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.

La Banca trasferirà l'informazione alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.

L'eventuale scelta dell'Impresa 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 aderente, 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 al punto "Cessazione della Copertura assicurativa" o, in presenza di estinzione parziale, alla riduzione proporzionale delle prestazioni assicurate.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 7 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata in caso di Decesso dell'Assicurato di cui all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA" è garantita qualunque possa essere la causa del Decesso, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso intervenuti successivamente alla stipulazione del Contratto, 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 a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- Partecipazione attiva 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 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; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla Polizza; 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.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 8 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 la medesima Banca.** La determinazione del Premio dipende dal Tasso di premio, dalla durata della Copertura Assicurativa espressa in mesi e dall'Importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa aderente, come da formula a seguito indicata:

$$P = T \times IR \times N$$

Dove:

T = tasso mensile finito pari a 0,0380%

IR = Importo del Mutuo o Apertura di credito richiesto dall'Impresa o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall

N = numero di mesi interi di durata contrattuale.

Esempio

Relativamente alla Copertura assicurativa Vita, se stipuliamo una Polizza che assicura un Mutuo di Euro 100.000,00 (IR) per 10 anni, ovvero 120 mesi (N), in base al tasso mensile (T), il Premio da corrispondere sarà di Euro 4.560,00.

Nel caso in cui l'importo del Mutuo o Apertura di credito richiesta dall'Impresa o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall 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)

oppure

- in virtù della riduzione del Capitale assicurato (in caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo o Apertura di Credito) come previsto al precedente Art. 6 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI".



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 9 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 aderente.

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%
---------------------	--------

Esempio

Relativamente alla Copertura assicurativa Vita, pagando un Premio unico di Euro 2.421,60 per una Polizza che assicura per 10 anni un Mutuo di Euro 100.000, dobbiamo tener conto dei costi complessivi che ammontano a Euro 2.986,80.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 10 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 ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall 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. 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 Incontra Assicurazioni S.p.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.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 BENEFICIARIO

Beneficiario della prestazione caso morte è l'Impresa aderente.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa - con il consenso scritto dell'Assicurato - può 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. 12 DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di sinistro gli aventi causa possono rivolgersi alla Banca o inviare la richiesta direttamente alla Compagnia:

- mediante **raccomandata** con avviso di ricevimento indirizzata a:
CNP UniCredit Vita S.p.A. Via E. Cornalia n. 30, 20124 - Milano
- oppure
- 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 Debito 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;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante;
- 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 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. 13 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 al Beneficiario del Contratto 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.

S.A.V. (Scheda di Adeguata Verifica): modulo che la Compagnia sottopone al Contraente per raccogliere le informazioni necessarie al fine di assolvere gli obblighi di adeguata verifica della clientela, ai sensi della normativa antiriciclaggio.

Dove si trova:

Dove trovare la Scheda di Adeguata Verifica? Te lo spieghiamo noi.

- Accedi al sito www.cnpvita.it;
- Clicca sulla sezione "Vuoi sapere se sei Beneficiario per sinistro o per scadenza?";
- Seleziona "Richiedi la liquidazione della polizza per sinistro o per scadenza";
- Al punto 4 "Richiesta di liquidazione", seleziona il modulo adeguato al tuo prodotto e al suo interno troverai la Scheda di Adeguata Verifica.

Art. 14 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Banca, in quanto distributore della Polizza, è tenuta a consegnare all'Impresa aderente e all'Assicurato, per conto della Compagnia e prima della sottoscrizione, copia del Modulo di Adesione, il **Set Informativo**, contenente **Dip Vita**, Dip Danni, Dip aggiuntivo Multirischio, Condizioni di Assicurazione Vita e Danni, comprensive dei rispettivi Glossari e Informativa Privacy.

Una copia del Modulo di Adesione e del Consenso al trattamento dei dati personali, entrambe sottoscritte dall'Impresa aderente e dall'Assicurato, dovranno rimanere in possesso della Banca 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. 15 LEGGE APPLICABILE E LINGUA DI CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana. Quella italiana è la lingua che dovrà essere impiegata per ogni atto, documento o comunicazione relativa a, o connessa con, la conclusione o l'esecuzione del Contratto.

Art. 16 COMUNICAZIONI

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

Art. 17 ESTENSIONE TERRITORIALE

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

Art. 18 CESSAZIONE DEI DIRITTI

L'Impresa aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vin-colare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

Art. 19 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. 20 GIURISDIZIONE E 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.

Data di aggiornamento: Giugno 2020

Set Informativo: insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati al Contraente, prima della sottoscrizione del Contratto, e pubblicati nel sito della Compagnia.

Dip Vita: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi fornisce le informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire una conoscenza base del Contratto assicurativo

ALLEGATO 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:

$$R = \left[PPU \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{DR(k)}{CE} + H \times \frac{(N - K)}{N} \right] \times \frac{Cest}{DR(k)}$$

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 o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall (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) = $PPU^1 \times (1 - Cest/DR)$
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $CE \times (P1/P0)$
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $H^1 \times (1 - Cest/DR)$

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 o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall, 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)
- P1 = $P \times (1 - Cest/DR)$ = 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
- P0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempio - Estinzione anticipata parziale senza estinzione parziale precedente

Durata del Finanziamento	120	120
Capitale Assicurato iniziale	100.000,00 €	100.000,00 €
Premio unico anticipato	4.560,00 €	4.560,00 €
Premio puro anticipato	1.572,00 €	1.572,00 €
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	2.988,00 €	719,22 €
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito residuo	81.552,04 €	21.614,72 €
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 €	10.000,00 €
Importo da rimborsare	837,75 €	97,99 €

Esempio - Estinzione anticipata parziale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

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

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

ALLEGATO 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 UniCredit Vita S.p.A., o per Invalidità Totale Permanente da parte di CNP Assurances S.A.; in virtù della Polizza Danni sottoscritta dall'Assicurato contestualmente alla presente, 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:

$$R = \left[PPU \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{DR(k)}{CE} + H \times \frac{(N - K)}{N} \right]$$

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 o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall (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) = $CE \cdot (P1/P0)$
- 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, surroga o accollo (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = Capitale erogato o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall, 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)
- P1 = $P \cdot (1 - Cest/DR)$ = 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
- P0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempio - Estinzione anticipata totale senza estinzione parziale precedente

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

Esempio - Estinzione anticipata totale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

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

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

ALLEGATO 3

Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente

In caso di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente, laddove 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:

$$R = \left[PPU \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{DR(k)}{CE} + H \times \frac{(N - K)}{N} \right]$$

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 o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall (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) = $CE \cdot (P1/P0)$
- 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, surroga o accollo (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = Capitale erogato o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recall, 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)
- P1 = $P \cdot (1 - Cest/DR)$ = 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
- P0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

Si richiamano qui di seguito i principi normativi generali che sono alla base di un Contratto di Assicurazione. L'applicazione dei suddetti principi deve essere adattata al contesto di riferimento; nel caso di specie, per esempio, la figura del Contraente coincide con quella dell'Aderente.

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1273 c.c.	Accollo Se il debitore e un terzo convengono che questi assuma il debito dell'altro, il creditore può aderire alla convenzione, rendendo irrevocabile la stipulazione a suo favore. L'adesione del creditore importa liberazione del debitore originario solo se ciò costituisce condizione espressa della stipulazione o se il creditore dichiara espressamente di liberarlo. Se non vi è liberazione del debitore, questi rimane obbligato in solido col terzo. In ogni caso il terzo è obbligato verso il creditore che ha aderito alla stipulazione nei limiti in cui ha assunto il debito, e può opporre al creditore le eccezioni fondate sul contratto in base al quale l'assunzione è avvenuta.
------------------	--

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1892 c.c.	Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.
1893 c.c.	Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.
1894 c.c.	Assicurazione in nome o per conto di terzi 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 Artt. 1892 e 1893.
1923 c.c.	Diritti dei creditori e degli eredi Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c.	Prescrizione in materia di assicurazione Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.
------------------	---

INFORMATIVA EX ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

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 2016/679 (di seguito indicato come "**Regolamento**") e CNP UNICREDIT 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 agevolare 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, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Rientrano tra queste i **Dati relativi alla Salute**, per tali intendendosi quelli attinenti alla salute fisica di una persona fisica o che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.
- CNP Vita tratta la suddetta categoria di dati, unicamente nell'ambito dell'instaurazione (al momento della compilazione del questionario anamnestico o della autodichiarazione del buono stato di salute) e della gestione del rapporto contrattuale connesso alle assicurazioni temporanee caso morte e alle assicurazioni collegati a erogazioni di credito, cd. *credit protection insurance*.
- d) Dati Giudiziari:** sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza.
- CNP Vita tratta questa tipologia di dati esclusivamente in conformità alle previsioni di cui all'art. 2-*octies*, D.Lgs. 101/2018, e in relazione a sinistri o ad eventi attinenti alla vita umana nonché la prevenzione, l'accertamento e il contrasto di frodi o situazioni di concreto rischio per il corretto esercizio dell'attività assicurativa nonché per l'adempimento degli obblighi previsti dalle normative vigenti in materia di prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo.
- 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 nei limiti di cui alle finalità sotto indicate.

Nel prosieguo della presente informativa, con il termine "Dati" si fa riferimento unitamente ai Dati Personali e alle Categorie Particolari di Dati Personali.

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato al momento della sottoscrizione del contratto ovvero presso soggetti terzi e/o presso le banche dati che il Titolare consulta per adempiere agli obblighi di legge a cui è sottoposto.

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

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

Il Titolare, tratta i Dati Personali, le Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari per le seguenti finalità:

A) Trattamento dei Dati per "finalità assicurative" (c.d. "finalità assicurativa")

Ai fini dell'esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto dall'interessato con CNP Vita, quest'ultima tratta i Dati per: la predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; la raccolta dei premi; la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; la riassicurazione; la coassicurazione; l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali.

Il mancato conferimento dei Dati comporta l'impossibilità per CNP Vita di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del contratto.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è l'esecuzione del contratto assicurativo di cui l'Interessato è parte, nonché per il trattamento delle Categorie Particolari di Dati Personali il consenso dell'Interessato.

B) Trattamento dei Dati per finalità di antifrode, di controllo interno e di rilevamento della qualità del servizio

Nel contesto della finalità assicurativa, CNP Vita tratta i Dati anche per: la prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; la gestione e l'esecuzione delle attività di controllo interno; attività statistiche; 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..

Ai sensi dell'art. 82, Regolamento Ivass 40/2018, 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.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il legittimo interesse di CNP Vita al fine di prevenire eventuali frodi; effettuare l'attività di controllo interno, nonché per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

C) Trattamento dei Dati Personali, delle Categorie Particolari di Dati Personali e dei Dati Giudiziari 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.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il rispetto di obblighi di legge.

4. 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.

5. 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.

In particolare, i Dati sono conservati per un periodo temporale di anni 10 decorrente dall'ultima registrazione collegata al rapporto contrattuale di cui lei è parte.

CNP Vita provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

I Dati potranno, altresì, essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

6. 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.

7. 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), (B) e (C) 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 altre 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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 _____		
Partita IVA/Codice Fiscale _____		
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		
49,50% 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 Assurance 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 N° _____ (la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), 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*

*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, fermo restando i limiti di capitale massimo assicurabile di cui al precedente punto C), 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*

*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 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 di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica);
- 3) di essere consapevole che il Contratto assicurativo prevede, limitazioni, conseguenza di specifici che 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. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo/Apertura di credito intervengono 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 di Assicurazione;
- 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 di Assicurazione, consegnate unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificatamente - 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. 1 (Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata); 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. 7 (Esclusioni); art. 12 (Denuncia di sinistro); art. 18 (Cessazione dei diritti); prende atto che le Condizioni di Assicurazione sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A.

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa*

*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 IVASS 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 di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dell'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*

*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

Il Legale Rappresentante dell'Impresa*

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

Firma Assicurato

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE,
INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA, RICOVERO OSPEDALIERO E MALATTIA GRAVE.*

LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SONO STATE REDATTE SECONDO LE
LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO ANIA "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI.....	4
ART. 2	I REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ)	4
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	5
ART. 4	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	5
ART. 5	CUMULO	5
ART. 6	FORMALITÀ PER POTERSI ASSICURARE.....	5
ART. 7	CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	6
ART. 8	PREMIO	6
ART. 9	DURATA DEL CONTRATTO	6
ART. 10	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	6
ART. 11	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	6
ART. 12	DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)	7
ART. 13	DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA DALLE SOLE COPERTURE ASSICURATIVE DANNI.....	7
ART. 14	SOSTITUZIONE DEL SOGGETTO ASSICURATO.....	7
ART. 15	ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI MUTUO O APERTURA DI CREDITO.....	7
ART. 16	ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI MUTUO	8
ART. 17	BENEFICIARI.....	9
ART. 18	DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE	9
ART. 19	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	9
ART. 20	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	9
ART. 21	DIRITTO ALLE PRESTAZIONI.....	9
ART. 22	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	9
ART. 23	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	9
ART. 24	IMPOSTE E TASSE.....	9
ART. 25	CLAUSOLA LIBERATORIA.....	9
ART. 26	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	10

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

ART. 27	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA	11
ART. 28	COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA.....	12
ART. 29	COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO.....	13
ART. 30	COPERTURA MALATTIA GRAVE	15
ART. 31	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE.....	16

ESCLUSIONI

ART. 32	ESCLUSIONI	17
---------	------------------	----

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 33	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	19
ART. 34	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO	19
ART. 35	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	20
ART. 36	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE.....	20

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

AVVERTENZA: Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento, si riporta di seguito la spiegazione di alcune parole del glossario assicurativo, nonché di quei termini che convenzionalmente nella Polizza assumono un significato specifico.

IMPORTANTI



- › **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, con il 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.
- › **Capitale residuo:** L'importo del Mutuo o Apertura di Credito risultante dal piano di ammortamento/rientro alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
- › **Importo erogato:** L'importo del Mutuo, o l'importo concesso all'Apertura di credito, riconosciuto dal Contraente all'Impresa; corrisponde alla somma dell'importo richiesto e del premio, finanziato dal Contraente, relativo alle Polizze Vita e Danni.
- › **Importo richiesto:** L'importo del Mutuo o Apertura di Credito richiesto dall'Impresa al Contraente.
- › **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.
- › **Piano di ammortamento/rientro:** Piano di rimborso rateale del Mutuo o Apertura di Credito sottoscritto con la banca al quale vengono abbinate le coperture assicurative.
- › **Polizza Collettiva:** Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati.
- › **Preammortamento:** Periodo del piano di rimborso che prevede il pagamento di rate composte dalla sola quota interessi.
- › **Premio:** Il corrispettivo che viene versato dall'Impresa per il tramite del Contraente alla Compagnia in relazione alle coperture prestate con la presente Polizza.
- › **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- › **Capitale assicurato iniziale:** La somma per cui è prestata la copertura e che coincide con il capitale erogato in caso di Mutui e Aperture di Credito di nuova erogazione ovvero con il capitale residuo in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere.
- › **Coperture assicurative:** Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di un indennizzo al verificarsi del sinistro.
- › **Debito residuo:** Debito in linea capitale del Mutuo o Apertura di credito risultante alla data del sinistro.
- › **Inabilità Totale Temporanea (ITT):** La perdita totale temporanea della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività (professione).
- › **Indennizzo:** La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
- › **Infortunio:** L'evento dannoso dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito al punto 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 inoltre parificati agli infortuni: 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.

- › **Invalidità Totale Permanente (ITP):** La perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia 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.

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

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

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 Compagnia, alla quale spetta la valutazione circa l'esistenza delle condizioni di pagamento delle prestazioni garantite.

- › **Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- › **Malattia Grave (MG):** i casi di cancro, infarto, ictus, innesto di by-pass aortocoronarico, trapianto d'organo, insufficienza renale come da specifiche definizioni riportate all'interno del Capitolo II "Coperture assicurative – prestazioni e indennizzi".
- › **Ricovero Ospedaliero (RO):** Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, dovuta ad infortunio o malattia, reso necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

LIMITAZIONI



Carenza: Il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione durante il quale le coperture assicurative non sono operative. Ciò significa che se l'evento dannoso si dovesse verificare nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

- › **Esclusioni:** I rischi esclusi o le limitazioni relativi alle coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione.
- › **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.
- › **Massimale:** La somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le coperture assicurative.
- › **Periodo di riqualificazione:** Il periodo di tempo successivo alla data di cessazione del periodo di inabilità totale temporanea o ricovero ospedaliero per il quale sia stato liquidato un sinistro, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa ai fini dell'indennizzabilità del sinistro successivo.

SOGGETTI



- › **Assicurato:** La persona fisica, residente in Italia, designato dall'Impresa nel Modulo di Adesione e che ricopre il ruolo di collaboratore, socio o dipendente di rilevante importanza per l'Impresa.
- › **Beneficiario:** L'Impresa che aderisce alla Polizza Collettiva.
- › **Cliente:** la persona giuridica correntista della Banca.
- › **Compagnia:** CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Impresa stipula il Contratto di Assicurazione.
- › **Contraente:** UniCredit S.p.A. con Sede Sociale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti, 3 – Tower A – 20154 Milano. Il Contraente è anche definito "Intermediario", "Istituto" ovvero "Banca".
- › **Impresa:** La società di piccole o medie dimensioni che ha richiesto un Mutuo o Apertura di Credito Chirografari con il Contraente, ha aderito alla Polizza Collettiva, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio di assicurazione.
- › **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.

DOCUMENTI

- › **Condizioni di Assicurazione:** L'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- › **Contratto di Assicurazione/Assicurazione:** contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato, fermo restando i limiti convenuti.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente



- › **DIP Aggiuntivo Multirischi**: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.
- › **DIP Danni**: Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni.
- › **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.
- › **Modulo di sostituzione Assicurato**: il documento sottoscritto dall'Impresa, dall'Assicurato uscente e dal nuovo Assicurato mediante il quale l'Impresa stessa il nuovo Assicurato in sostituzione di quello uscente.
- › **Set Informativo**: Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Impresa prima della sottoscrizione del contratto. È composto dal DIP Vita, DIP Danni, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione Vita, dalle Condizioni di Assicurazione Danni, dall'Allegato Riferimenti Normativi, dal Fac-simile dei Moduli di Proposta, dalle informative sul trattamento dei dati personali.
- › **Questionario Medico**: Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.
- › **Rapporto di Visita Medica**: Il modulo che deve essere compilato da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurato atto alla valutazione di assumibilità del rischio.

FASI DEL CONTRATTO



- › **Data di decorrenza delle coperture assicurative**: Il termine dal quale le coperture assicurative possono essere attivate, che coincide con le ore 24 del giorno di stipula del Mutuo o dell'Apertura di credito di nuova erogazione ovvero con le ore 24 del giorno del pagamento del Premio in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere.
- › **Durata delle coperture assicurative**: Il periodo di vigenza delle coperture assicurative.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI

PREMESSA

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

AVVERTENZA: a norma dell'articolo 166, comma 2, del D. Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione dell'Aderente (Impresa) e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto o in altri colori contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico dell'Aderente (Impresa) o dell'Assicurato.

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

A fronte dell'adesione e del pagamento del premio, la Compagnia garantisce all'Impresa, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle coperture assicurative di seguito riportate.

COPERTURE ASSICURATIVE			
 ITP da infortunio e malattia	 ITT da infortunio e da malattia	 RO da infortunio e malattia	 MG

Le prestazioni relative alle singole coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo II, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo III delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 2 I REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ)

L'Impresa che aderisce alle coperture assicurative deve essere una persona giuridica che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. sia cliente del Contraente e abbia sottoscritto con lo stesso un contratto di Mutuo o Apertura di Credito;
2. abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. sia un'azienda di diritto italiano;
4. abbia aderito contemporaneamente alla Polizza collettiva nr. 910815 stipulata dal Contraente con CNP UniCredit Vita S.p.a., avente per oggetto la garanzia Decesso.

Il requisito indicato nel punto 3. che precede, deve altresì essere rispettato per tutta la durata contrattuale.

Può essere designato Assicurato dall'Impresa la persona fisica che:

1. sia residente in Italia;
2. sia collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa;
3. abbia un'età compresa tra i 18 anni compiuti e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
4. abbia un'età non superiore a 75 anni non compiuti a scadenza;
5. abbia provveduto a compilare e sottoscrivere il Questionario Medico o il Rapporto di visita medica e gli stessi siano stati valutati positivamente dalla Compagnia;
6. abbia sottoscritto il Modulo di Adesione nelle parti di propria competenza.

Il requisito indicato nel punto 1. che precede, deve altresì essere rispettato per tutta la durata contrattuale.

ART. 2.1 DESIGNAZIONE DI PIÙ ASSICURATI

Per ogni contratto di Mutuo o Apertura di Credito, l'Impresa può assicurare più Assicurati. In tal caso il capitale assicurato è pari al 100% dell'importo erogato in caso di Mutui e Aperture di Credito di nuova erogazione ovvero del capitale residuo in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere.

ART. 2.2 TIPOLOGIA CONTRATTO DI FINANZIAMENTO ABBINABILE ALLA POLIZZA

La presente Polizza può essere abbinata solamente alle seguenti tipologie di Contratto: Mutui Chirografari o Aperture di Credito Chirografarie di nuova erogazione, con preammortamento della durata massima di 24 mesi ovvero a Mutui Chirografari o Aperture di Credito Chirografarie in essere.



COPERTURE ASSICURATIVE



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)



RICOVERO OSPEDALIERO (RO)



MALATTIA GRAVE (MG)

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

Per cumulo si intende la somma di tutti i capitali assicurati con la Compagnia.

ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 4 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Il capitale iniziale assicurato coincide con:

- › l'importo erogato del Mutuo o Apertura di Credito in caso di Mutui e Aperture di Credito di nuova erogazione;
- › il capitale residuo in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere.

Il capitale massimo assicurabile è pari a € 500.000.

In caso di designazione di più assicurati per un singolo Contratto di Mutuo o Apertura di Credito, il capitale assicurato per ciascuna testa coincide con l'importo erogato totale del Mutuo o Apertura di Credito.

Nel caso in cui l'Importo erogato del Mutuo o Apertura di Credito ovvero il capitale residuo superi € 500.000, il capitale assicurato iniziale sarà limitato a tale importo.

ART. 5 CUMULO

Ai fini dell'accoglimento della richiesta di adesione, la Compagnia verificherà la presenza di ulteriori capitali assicurati, per Impresa e per Assicurato, presso la Compagnia medesima. Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Impresa e € 500.000 per Assicurato la Compagnia non accetterà il rischio e rifiuterà la richiesta di adesione.

ART. 6 FORMALITÀ PER POTERSI ASSICURARE

L'Impresa e l'Assicurato manifestano l'interesse a aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione completato in ogni parte e firmato rispettivamente dall'Impresa e dall'Assicurando il quale dovrà dare anche indicazioni sul proprio stato di salute secondo il seguente schema.

IMPORTO RICHIESTO/CAPITALE RESIDUO*	ETÀ ASSICURATO ALL'ADESIONE DA 18 ANNI COMPIUTI A 65 ANNI COMPIUTI	ETÀ ASSICURATO ALL'ADESIONE DA 66 ANNI COMPIUTI A 70 ANNI NON COMPIUTI
Fino a € 300.000,00	Modalità A – Questionario Medico	Modalità B – Rapporto di visita medica
Da € 300.000,01 a € 500.000,00	Modalità B – Rapporto di visita medica	Modalità B – Rapporto di visita medica

* L'importo richiesto/capitale residuo considerato per la valutazione comprende eventuali ulteriori importi assicurati con la Compagnia (cumulo).

La Compagnia, relativamente alla modalità (A) - Questionario Medico, può richiedere anche la compilazione del Rapporto di Visita Medica. Il Rapporto di Visita Medica e gli eventuali esami medici dovranno essere inoltrati in busta chiusa al seguente indirizzo per il tramite del contraente:

CNP UniCredit Vita
Ufficio Assunzioni
Via Cornalia 30, 20124 Milano

Una volta visionata la documentazione medica fornita dall'Assicurato, la Compagnia si riserva inoltre il diritto di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici necessari per una corretta valutazione del rischio. Il costo di tali accertamenti richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Impresa.

Sia in caso di esito positivo sia in caso di esito negativo della valutazione assuntiva medica, verranno informati dalla Compagnia, tramite apposita comunicazione, sia l'Assicurato sia il Contraente, per conoscenza.

AVVERTENZA: resta inteso che la Compagnia si riserva sempre la facoltà di accettare o meno la proposta a proprio insindacabile giudizio.

La richiesta di adesione alle coperture assicurative, rappresentata dal Modulo di Adesione, ha validità pari a 180 giorni dalla data della sua sottoscrizione; se dopo tale termine il contratto di Mutuo o Apertura di Credito non è ancora stato stipulato (in caso di Mutui o Aperture di Credito di nuova erogazione) ovvero la data di pagamento del premio (in caso di Mutui o Aperture di Credito in essere), l'adesione alla presente Polizza è da ritenersi nulla.

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo o Apertura di credito (in caso di Mutui o Aperture di Credito di nuova erogazione) ovvero il premio non sia ancora stato pagato (in caso di Mutui o Aperture di Credito 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 della Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Polizza. In caso contrario varrà quanto indicato al precedente ART. 3.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 7 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso a condizione che:

- › sia adeguato e sia coerente con le richieste ed esigenze dell'Impresa;
- › l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- › la stipula del Finanziamento (in caso di Mutui o Aperture di credito di nuova erogazione) avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- › il Questionario Medico compilato e sottoscritto dall'Assicurato sia stato valutato positivamente nonché accettato dalla Compagnia, ovvero che
- › il Rapporto di Visita Medica sia stato valutato positivamente e accettato dalla Compagnia;
- › sia stato pagato il relativo premio.

ART. 8 PREMIO

Se il premio non viene pagato, il Contratto di Assicurazione e le coperture assicurative non decorrono.

Il premio è unico e anticipato e comprensivo dell'imposta di assicurazione.

In virtù della pluriennalità, al premio viene applicata una riduzione del 3%.

Il Premio indicato nel Modulo di Adesione varia in funzione:

- della durata/durata residua del Mutuo o Apertura di Credito;
- dell'importo richiesto/capitale residuo del Mutuo o Apertura di Credito.

L'importo del Premio 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 0,05400%

N = Durata/durata residua del Mutuo o Apertura di Credito espressa in mesi interi

I = Importo richiesto (in caso di Finanziamenti di nuova erogazione) ovvero capitale residuo (in caso di Finanziamenti in essere). Nel caso in cui l'importo richiesto ovvero il capitale residuo 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 del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

ART. 9 DURATA DEL CONTRATTO

Mutui e Aperture di Credito di nuova erogazione

In caso di Mutuo o Apertura di Credito di nuova erogazione, la durata del contratto di assicurazione, espressa in mesi interi, è sempre pari alla durata originaria del Mutuo o Apertura di Credito e non può essere superiore a 120 mesi (10 anni), comprensivi di un eventuale periodo di preammortamento fino a 24 mesi.

Mutui e Aperture di Credito in essere

In caso di Mutuo o Apertura di Credito in essere, la durata del contratto di assicurazione, espressa in mesi interi, è sempre pari alla durata residua del Mutuo o Apertura di Credito al momento della decorrenza della copertura e non può essere superiore a 120 mesi (10 anni).

ART. 10 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Mutui e Aperture di Credito di nuova erogazione

In caso di Mutuo o Apertura di Credito di nuova erogazione, le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo o Apertura di credito (attivazione delle coperture assicurative).

Resta inteso che le coperture assicurative non decorrono, qualora non venisse pagato il premio contrattualmente previsto, ai sensi dell'art. 1899 del c.c.

Mutui e Aperture di Credito in essere

In caso di Mutuo o Apertura di Credito in essere, le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio (attivazione delle coperture assicurative).

ART. 11 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine alla data di scadenza iniziale del contratto di Mutuo o Apertura di Credito.

Le coperture assicurative cessano prima della data sopra riportata:

- › in caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla decorrenza;
- › in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- › in caso di liquidazione del debito residuo del Mutuo o Apertura di Credito per Invalidità Totale Permanente ovvero Malattia Grave dell'Assicurato;
- › in caso di estinzione anticipata totale, trasferimento, accollo del Mutuo o Apertura di credito, nel caso in cui l'Impresa non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia;
- › in caso di recesso annuale, con preavviso di 60 giorni da ciascuna ricorrenza annua.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 12 DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

L'impresa può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative, con le seguenti modalità:

- › recandosi nella filiale del Contraente presso la quale è stato acceso il Mutuo o Apertura di Credito e sottoscrivendo l'apposito modulo, oppure
- › dandone comunicazione con lettera raccomandata A/R contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa alla filiale del Contraente presso la quale è stato acceso il Mutuo o Apertura di Credito.

Sarà cura del Contraente informare la Compagnia della richiesta di recesso dell'Impresa.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia, per il tramite del Contraente rimborsa all'Impresa il premio pagato:

- › al lordo delle imposte, in caso di richiesta di recesso entro il primo mese dalla data di decorrenza;
- › al netto delle imposte, in caso di richiesta successiva al primo mese di decorrenza, fermo restando il limite di 60 giorni sopra riportato.

AVVERTENZA: l'esercizio del diritto di recesso dalle coperture assicurative danni previste dalla presente Polizza Collettiva, determina la cessazione della copertura assicurativa Decesso offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A. collegata al medesimo Mutuo o Apertura di credito.

Analogamente, l'esercizio del diritto di recesso dalla copertura assicurativa Decesso offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A. comporta la cessazione delle coperture assicurative danni previste dalla presente polizza collettiva collegata al medesimo Mutuo o Apertura di credito.

ART. 13 DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA DALLE SOLE COPERTURE ASSICURATIVE DANNI

Oltre al diritto di recesso di cui al precedente ART. 12, per le sole coperture assicurative danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea), l'Impresa ha la facoltà di recedere anche annualmente, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale tale facoltà è stata esercitata. La copertura Decesso offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A. manterrà invece la sua efficacia sino a scadenza.

Sarà cura del Contraente informare la Compagnia della richiesta di recesso dell'Impresa.

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. 14 SOSTITUZIONE DEL SOGGETTO ASSICURATO

Qualora nel corso di validità del Contratto 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 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 Mutuo o Apertura di Credito.

Il nuovo soggetto indicato dovrà essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'ART.2 e dovrà ottemperare alle modalità assuntive di cui all'ART. 6 tenendo conto dell'età e del capitale residuo del Mutuo o Apertura di Credito al momento della 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 infortunio.

Qualora si verificasse un sinistro per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%, inabilità totale temporanea e ricovero ospedaliero non riconducibile a infortunio oppure per malattia grave nel periodo antecedente l'accettazione della Compagnia alle coperture assicurative ovvero nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'Assicurato 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. 15..

ART. 15 ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI MUTUO O APERTURA DI CREDITO

In caso di anticipata estinzione totale del Mutuo o Apertura di Credito (non successiva alla liquidazione dell'indennizzo Invalidità Totale Permanente ovvero Malattia Grave), ovvero nei casi di trasferimento o di accollo, le coperture assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale, accollo, trasferimento del Mutuo o Apertura di Credito.

Entro 30 giorni dalla data di estinzione, la Compagnia restituirà all'Impresa, per il tramite della Contraente, la parte di premio corrispondente al periodo di copertura non goduto, calcolata sulla base della formula di seguito indicata:

$$R = Ppu \times \frac{N-k}{N} \times \frac{DR}{CE} + H \times \frac{N-K}{N}$$

R = importo da rimborsare

Ppu = premio puro = premio unico anticipato al netto delle imposte e dei costi complessivi (H) = P / 1,025 - H

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata originaria della copertura espressa in mesi interi

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente



COSA SI INTENDE PER RECESSO?

Il recesso è la facoltà di far cessare gli effetti della Polizza ad una data anticipata rispetto alla scadenza prefissata.

K = permanenza effettiva in copertura. 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 recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene

CE = capitale erogato (in caso di Mutui o aperture di Credito di nuova erogazione ovvero capitale residuo (in caso di Mutui in essere));

DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione totale anticipata

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 ovvero il capitale residuo (capitale assicurato iniziale) (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

$$PPU = PPU^1 (1 - Cap_est/DR)$$

$$CE = CE (P_1/P_0)$$

$$H = H^1 (1 - Cap_est/DR)$$

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.

P1 = P1 * (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

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato/Capitale residuo/Capitale assicurato iniziale (CE)	€ 100.000
Durata della copertura (N)	120 mesi
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 2.640,00
Costi complessivi (H)	€ 360,00
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo prima dell'estinzione (DR)	€ 59.837,00
Premio rimborsato	€ 969,85 $= 2.640 * \frac{(120-60)}{120} * \frac{59.837}{100.000} + 360 * \frac{(120-60)}{120}$

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

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del Contratto di Mutuo o Apertura di credito, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento/rientro originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

ART. 16 ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI MUTUO

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

Entro 30 giorni dalla data di estinzione, la Compagnia provvederà, per il tramite della Contraente, alla restituzione all'Impresa della quota parte di premio in proporzione alla quota di debito estinto anticipatamente, al netto delle imposte, sulla base della seguente formula:

$$R = \left[Ppu \times \frac{N-k}{N} \times \frac{DR}{CE} + H \times \frac{N-K}{N} \right] \times \frac{Cap_est}{DR}$$

R = Importo da rimborsare

Ppu = premio puro = premio unico anticipato al netto delle imposte e dei costi complessivi (H) = P / 1,025 - H

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata originaria della copertura espressa in mesi interi

K = permanenza effettiva in copertura. 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 recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene

CE = capitale erogato (in caso di Mutui o aperture di Credito di nuova erogazione ovvero capitale residuo (in caso di Mutui in essere));

DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione parziale anticipata versato dal Cliente

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 ovvero il capitale residuo (capitale assicurato iniziale) (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

$$PPU = PPU^1 (1 - Cap_est/DR)$$

$$CE = CE (P_1/P_0)$$

$$H = H^1 (1 - Cap_est/DR)$$

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.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

$P1 = P1 * (1 - \text{cap est}/\text{DR})$ = 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

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato/Capitale Residuo/Capitale assicurato iniziale (CE)	€ 100.000
Durata della copertura (N)	120 mesi
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 2.640,00
Costi complessivi (H)	€ 360,00
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo prima dell'estinzione (DR)	€ 59.837,00
Importo dell'estinzione parziale anticipata (Cap_est)	€ 10.000,00
Premio rimborsato	€ 162,08 $= [2.640 * \frac{(120-60)}{120} * \frac{59.837}{100.000} + 360 * \frac{(120-60)}{120}] * \frac{10.000}{59.837}$

In alternativa al rimborso parziale del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale, 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 parziale del Contratto di Mutuo o Apertura di Credito, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento/rientro originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

ART. 17 BENEFICIARI

Il Beneficiario delle prestazioni garantite dal Contratto di Assicurazione 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 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. 18 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave e Inabilità Temporanea Totale valgono in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 19 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto dall'Assicurato o dai suoi aventi causa. Per i dettagli si rimanda al Capitolo IV.

ART. 20 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 21 DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

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

ART. 22 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per le coperture assicurative danni (Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea), i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Tali condizioni sono previste dall'art. 2952 del c.c.

ART. 23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 24 IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative al Contratto di Assicurazione sono a carico dell'Impresa. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati dalla Compagnia alla Contraente.

ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto del Contratto di Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato, su incarico della Compagnia, nell'ambito dell'istruttoria del sinistro, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 26 MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al Contratto di Assicurazione saranno devolute ad un tentativo obbligatorio di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione del luogo dove l'Impresa ha sede o, se diverso, del luogo dove l'Impresa ha eletto domicilio.

Per qualsiasi controversia giudiziale relativa o connessa al Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro in cui l'Impresa ha sede o del diverso domicilio elettivo dell'Impresa.

CAPITOLO II

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI



**INVALIDITÀ
TOTALE
PERMANENTE DA
INFORTUNIO E
MALATTIA (ITP)**

ART. 27 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è l'invalidità totale permanente di grado pari o superiore al 60% causata da infortunio o malattia.

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato venga accertata (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. 4**, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

- › in caso di Invalidità Permanente Totale derivante da malattia, all'ammontare del debito residuo del Mutuo o Apertura di credito 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 Mutuo o Apertura di credito alla data dell'infortunio;
- › in caso di invalidità permanente totale derivante da incidente stradale, al triplo dell'ammontare del debito residuo del Mutuo o Apertura di credito alla data dell'infortunio.

Ai fini del calcolo dell'importo da liquidare, la Compagnia:

- › esclude eventuali importi di rate insolte scadute prima dell'infortunio ovvero prima della data della richiesta di certificazione medica che attesta l'invalidità totale permanente da malattia presentata agli enti competenti;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Impresa a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo erogato ovvero al capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento della sottoscrizione. Tale circostanza si può verificare nel caso in cui l'importo erogato ovvero il capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito supera l'importo massimo assicurabile pari a € 500.000.

Metodo di ricalcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà ricalcolata moltiplicando il debito residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Importo erogato	Capitale assicurato iniziale	Debito residuo alla data del sinistro	Importo della prestazione liquidata*
€ 500.000	€ 500.000	€ 300.000	€ 300.000 = $(300.000 * \frac{500.000}{500.000})$
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 300.000	€ 150.000 = $(300.000 * \frac{500.000}{1.000.000})$

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolte prima dell'evento invalidità totale permanente;

** Importo massimo assicurabile.

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.

Come valutare il grado di Invalidità Totale Permanente da malattia o infortunio

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: la Compagnia si riserva il diritto di inviare l'Assicurato, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

AVVERTENZA: qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennità sia stata liquidata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi eventualmente fornita dagli Eredi.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

La presente copertura assicurativa cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per decesso (copertura assicurativa offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A.) ovvero per malattia grave dell'Assicurato.

Carenza

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se l'invalidità totale permanente è conseguente ad una malattia; ciò significa che in questo caso, qualora la malattia che ha generato l'invalidità venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione, l'indennità non verrà corrisposta.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA MALATTIA			
DECORRENZA DEL CONTRATTO	DIAGNOSI DELLA MALATTIA	ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2019	30/01/2019	20/02/2019	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà nessun indennizzo, in quanto la malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza seppur l'accertamento sia successivo.
02/01/2019	05/04/2019	20/09/2019	La Compagnia liquiderà il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto la malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 27.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

- › l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso e Malattia Grave;
- › l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea.

Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

ART. 28 COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo III, il rischio coperto è l'inabilità totale temporanea derivante da infortunio o da malattia.

Indennizzo

In caso di sinistro, la Compagnia liquiderà una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea. L'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo al termine del periodo di franchigia di 60 giorni e successivamente verrà liquidato ogni 30 giorni consecutivi nel perdurare dello stato di inabilità.

Ai fini del calcolo dell'importo da liquidare, la Compagnia:

- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Impresa a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo erogato ovvero al capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento della sottoscrizione. Tale circostanza si può verificare nel caso in cui l'importo erogato ovvero il capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito supera l'importo massimo assicurabile pari a € 500.000.

Metodo di ricalcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà ricalcolata moltiplicando la rata del Mutuo o Apertura di credito in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Mutuo o Apertura di credito erogato o del debito residuo in caso di Mutuo o Apertura di credito in essere.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA			
Importo erogato	Capitale assicurato iniziale	Importo rata in scadenza durante il periodo di inabilità	Importo della prestazione liquidata*
€ 500.000	€ 500.000	€ 2.000	€ 2.000 = $(2.000 * \frac{500.000}{500.000})$
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 2.000	€ 1.000 = $(2.000 * \frac{500.000}{1.000.000})$

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolte prima dell'evento inabilità totale temporanea;

** Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 48 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale. L'importo massimo liquidabile per singola rata mensile è pari a € 2.000.



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITT)

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

AVVERTENZA: qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennizzo sia stato liquidato per cause diverse da quella che ha generato l'inabilità, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione idonea eventualmente fornita dagli Eredi.

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 da malattia si verifichi e/o la malattia che l'ha generata venga diagnosticata entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Periodo di 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 medicalmente accertata.

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato un sinistro per inabilità totale temporanea, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di inabilità salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità, l'Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa per un periodo pari a 90 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Impresa stipula un Contratto con data di decorrenza 02/01/2019

CASO 1	Viene denunciato il sinistro da malattia diagnosticata il 2 febbraio 2019. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'Inabilità è stata diagnosticata nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.
CASO 2	Viene denunciato un sinistro da malattia con primo giorno di inabilità totale temporanea 30 giugno 2019, la cui durata è pari a 25 giorni. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto il periodo di inabilità ha avuto una durata inferiore a 60 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	Viene denunciato un sinistro da malattia diagnosticata il 20 Maggio con primo giorno di inabilità totale temporanea il 30 giugno 2019, la cui durata è pari a 65 giorni. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'inabilità totale temporanea è stata diagnosticata successivamente ai primi 60 giorni dalla data di decorrenza e la durata del periodo di inabilità è superiore a 60 giorni. La prestazione sarà pari alla rata in scadenza durante il periodo di inabilità, decorso il periodo di franchigia. L'Assicurato, al termine dei 65 giorni di inabilità totale temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo sinistro per inabilità totale temporanea. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità, l'Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 28.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

Le prestazioni 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. 29 COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo III, il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero, derivante da infortunio o da 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, 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 di ricovero stesso. Ai fini del calcolo dell'importo da liquidare, la Compagnia:

- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Impresa a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo erogato ovvero al capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento della sottoscrizione. Tale circostanza si può verificare nel caso in cui l'importo erogato ovvero il capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito supera l'importo massimo assicurabile pari a € 500.000.

Metodo di ricalcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo



**RICOVERO
OSPEDALIERO DA
INFORTUNIO E
MALATTIA (RO)**

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà ricalcolata moltiplicando la rata del Mutuo o Apertura di credito in scadenza durante il periodo di ricovero per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Mutuo o Apertura di credito erogato o del debito residuo in caso di Mutuo o Apertura di credito in essere.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Importo erogato/ Debito residuo	Capitale assicurato iniziale	Importo rata in scadenza durante il periodo di ricovero	Importo della prestazione liquidata*
€ 500.000	€ 500.000	€ 2.000	$€ 2.000 = (2.000 * \frac{500.000}{500.000})$
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 2.000	$€ 1.000 = (2.000 * \frac{500.000}{1.000.000})$

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolte prima dell'evento inabilità totale temporanea;

** Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 48 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale.

L'importo massimo liquidabile per singola rata mensile è pari a € 2.000.

Periodo di franchigia

La copertura assicurativa per il caso ricovero ospedaliero da infortunio o malattia 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.

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. In caso di sostituzione in corso di contratto del soggetto assicurato designato in fase di sottoscrizione della polizza, qualora il ricovero avvenga entro 60 giorni dalla data di accettazione del rischio da parte della compagnia, l'indennità non verrà corrisposta.

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato un sinistro per ricovero ospedaliero, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di ricovero salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di ricovero e l'inizio del secondo periodo di ricovero, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo pari a 30 giorni consecutivi ovvero 180 giorni consecutivi se la causa è la stessa che ha causato la precedente inabilità totale temporanea.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO

L'Impresa stipula un Contratto con data di decorrenza 02/01/2019

CASO 1	Viene denunciato il sinistro da malattia diagnosticata il 2 febbraio 2019. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto la malattia che ha comportato il ricovero è stata diagnosticata nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.
CASO 2	Viene denunciato un sinistro da malattia con primo giorno di ricovero il 30 giugno 2019, la cui durata è pari a 5 giorni. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto il periodo di ricovero ha avuto una durata inferiore a 7 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	Viene denunciato un sinistro da malattia diagnosticata il 20 Maggio con primo giorno di ricovero il 30 giugno 2019, la cui durata è pari a 16 giorni. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto la malattia che ha comportato il ricovero è stata diagnosticata successivamente ai primi 60 giorni dalla data di decorrenza e la durata del periodo di ricovero è superiore a 7 giorni. La prestazione sarà pari alla rata in scadenza durante il periodo di ricovero, decorso il periodo di franchigia. L'Assicurato, al termine dei 16 giorni di ricovero, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo sinistro per ricovero ospedaliero per stessa causa. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di ricovero e l'inizio del secondo periodo di ricovero, l'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 29.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- › 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 UniCredito Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave.



NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

ART. 30 COPERTURA MALATTIA GRAVE

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo III, in assenza di dati clinici anamnestici di preesistenza, sono considerati indennizzabili 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 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.

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato, durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, la Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data della diagnosi della Malattia Grave.

Ai fini del calcolo dell'importo da liquidare, la Compagnia:

- › esclude eventuali importi di rate insolte scadute prima della data di diagnosi della malattia;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Impresa a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › ricalcola l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo erogato ovvero del capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento della sottoscrizione. Tale circostanza si può verificare nel caso in cui l'importo erogato ovvero il capitale residuo del Mutuo o Apertura di credito supera l'importo massimo assicurabile pari a € 500.000.

Metodo di ricalcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà ricalcolata moltiplicando il debito residuo del Mutuo o Apertura di credito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI MALATTIA GRAVE

Importo erogato	Capitale assicurato iniziale	Debito residuo alla data del sinistro	Importo della prestazione liquidata*
€ 500.000	€ 500.000	€ 300.000	€ 300.000 (= 300.000 * $\frac{500.000}{500.000}$)
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 300.000	€ 150.000 (= 300.000 * $\frac{500.000}{1.000.000}$)

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolte prima dell'evento invalidità totale permanente;

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

** Importo massimo assicurabile.

Carenza

La copertura assicurativa per malattia grave è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 giorni. Qualora durante tale periodo 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 gli venisse diagnosticata una delle malattie gravi coperte, l'indennità non verrà corrisposta.

Inoltre, per quanto riguarda la garanzia Malattia Grave, la Polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle malattie gravi coperte di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima dell'inizio della copertura.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER MALATTIA GRAVE

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DIAGNOSI DELLA MALATTIA	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2019	30/01/2019	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà nessun indennizzo, in quanto la malattia è stata diagnosticata nei primi 90 giorni.
02/01/2019	05/05/2019	La Compagnia liquiderà il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto la malattia è stata diagnosticata dopo i 90 giorni successivi alla data di decorrenza.

Periodo di sopravvivenza

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

ART. 30.1 PRECEDENTI INDENNIZZI

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

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.

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

ART. 31 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE



COPERTURA	INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE	INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	RICOVERO OSPEDALIERO	MALATTIA GRAVE
CAPITALE ASSICURATO	Max € 500.000	==	==	Max € 500.000
IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	==	2.000/mese	2.000/mese	==
FRANCHIGIA	59%	30 giorni	7 giorni	==
CARENZA	60 giorni (solo per malattia)	60 giorni (solo per malattia)	60 giorni (solo per malattia)	90 giorni
PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE	==	90 giorni	30 giorni (180 giorni per la stessa causa del precedente sinistro)	==
PERIODO DI SOPRAVVIVENZA	==	==	==	I primi 30 giorni successivi alla diagnosi

*massimo 12 rate per ogni sinistro e 48 rate per tutta la durata contrattuale

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

CAPITOLO III ESCLUSIONI



ART. 32 ESCLUSIONI

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

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
5. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
6. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
7. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
8. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
9. sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
10. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
11. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
12. atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
13. 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);
14. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;
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:

Specifiche esclusioni per il CANCRO

26. tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
27. qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
28. tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
29. 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;
30. 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;
31. tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
32. qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
33. tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Specifiche esclusioni per l'INFARTO

34. 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;
35. Angina e altre forme di sindrome coronaria acuta.

Specifiche esclusioni per l'ICTUS

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

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

Specifiche esclusioni INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

41. l'angioplastica a palloncino (PTCA);
42. il cateterismo del cuore;
43. la risoluzione chirurgica tramite laser;
44. tutti le altre tecniche cateterali intra-arteriose;
45. le procedure di by-pass aortocoronarico mininvasive o endoscopiche.

Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 33 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:

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

L'Assicurato deve collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Polizza. In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

AVVERTENZA:

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 34 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia richiede la consegna dei documenti sotto riportati.



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail;
- › Copia del piano di ammortamento/rientro.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
- 2) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da malattia:
 - › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità totale permanente.



INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;
- › Copia dei certificati medici specialistici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione;
- › Copia del piano di ammortamento/rientro.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
 - › Copia del certificato di pronto soccorso.
- 2) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da malattia:
 - › Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa all'inabilità totale temporanea.



RICOVERO OSPEDALIERO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Copia della cartella clinica relativa al ricovero;
- › Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero;
- › Copia del piano di ammortamento/rientro.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora il ricovero sia determinato da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
 - › Copia del certificato di pronto soccorso.
- 2) Qualora il ricovero sia determinato da malattia:
 - › Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa al ricovero.

NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente



MALATTIA GRAVE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Certificato medico attestante la prima diagnosi della malattia grave;
- › Copia dei referti medici e della cartella clinica relativi alla malattia grave;
- › Copia del piano di ammortamento/rientro.

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri messo a disposizione dalla Compagnia; è possibile inoltre richiedere questo documento direttamente presso la filiale del Contraente nella la quale è stato sottoscritto il contratto di Finanziamento.

AVVERTENZA: qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennizzo sia stato liquidato, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione idonea eventualmente fornita dagli Eredi.

AVVERTENZA: 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.

AVVERTENZA: L'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire alla Compagnia di effettuare le valutazioni del caso.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 35 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

In base al Contratto di Assicurazione, la Compagnia corrisponderà eventuali indennizzi direttamente al Beneficiario delle prestazioni.

ART. 36 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

AVVERTENZA:
Le richieste di pagamento incomplete possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

ALLEGATO: RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

Si richiamano qui di seguito i principi normativi generali che sono alla base di un Contratto di Assicurazione.

L'applicazione dei suddetti principi deve essere adattata al contesto di riferimento; nel caso di specie, per esempio, la figura del Contraente coincide con quella dell'Aderente

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1341 c.c.	Condizioni generali di contratto Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.
1342 c.c.	Contratto concluso mediante moduli o formulari Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1891 c.c.	Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati dall'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.
1892 c.c.	Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.
1893 c.c.	Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.
1894 c.c.	Assicurazione in nome o per conto di terzi 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 Artt. 1892 e 1893.
1899 c.c.	Durata dell'assicurazione L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita (c. 1919 ss.).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

1901 c.c.	Mancato pagamento del premio Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)
1913 c.c.	Avviso all'assicuratore in caso di sinistro L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)
1915 c.c.	Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1913) o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).
1916 c.c.	Diritto di surrogazione dell'assicuratore L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c.	Prescrizione in materia di assicurazione Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.
------------------	---

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.

PAGINA BIANCA

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 S.p.A. una Polizza Collettiva Vita;
- l'Adesione alla presente Polizza Collettiva Danni comporta la contemporanea sottoscrizione della adesione alla Polizza Collettiva Vita, come meglio specificato nelle Condizioni di Assicurazione.
- l'Adesione alle due Polizze, assolutamente FACOLTATIVA, è riservata ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con UniCredit S.p.A.
- 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. 12 "Diritto di recesso dell'Impresa (diritto di ripensamento)" delle Condizioni 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, in un'unica soluzione, 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 residente in Italia;
- b) 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 e/o Rapporto Visita Medica);
- c) di essere a conoscenza delle seguenti AVVERTENZE: a) le informazioni fornite devono corrispondere a verità ed esattezza; b) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, devo verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti al 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;**
- d) 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;
- e) 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 agli ARTT. 12 e 13 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 I REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ); ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO; ART. 9 DURATA DEL CONTRATTO; ART. 11 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE; ART. 17 BENEFICIARI; ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA; ART. 27 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA; ART. 28 COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA; ART. 29 COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO; ART. 30 COPERTURA MALATTIA GRAVE; ART. 32 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'Assicurando 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 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'Assicurando, 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 e data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

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

Firma Assicurando _____

PAGINA BIANCA



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES

Via Bocchetto 6
20123 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

**UFFICIO GESTIONE
PORTAFOGLIO**
portafoglio@cnpitalia.it

UFFICIO SINISTRI
sinistri@cnpitalia.it

UFFICIO RECLAMI
reclami@cnpitalia.it

DPO
dpo@cnpitalia.it