



STILE LIBERO

**COPERTURA ASSICURATIVA MULTIRISCHI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO (COLLETTIVA N.
020000243/JRINCUGF01044)**

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE ALL'INTERNO
DEL PRESENTE DOCUMENTO SONO STATE REDATTE SECONDO
LE LINEE GUIDA DEL TAVOLO TECNICO ANIA "CONTRATTI
SEMPLICI E CHIARI".

**POLIZZA FACOLTATIVA E NON CONNESSA
AD ALCUN FINANZIAMENTO**

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 09/2019



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Stile Libero è la Polizza pensata per la protezione del tuo tenore di vita e quello dei tuoi cari; viene stipulata direttamente dalla tua Banca in qualità di Contraente al fine di consentire ai propri Clienti che decidono di aderirvi, di beneficiare delle coperture assicurative in essa previste. COME SPECIFICATO NEL SET INFORMATIVO, anche qualora sia venduta contestualmente ad un Finanziamento, è FACOLTATIVA, NON NECESSARIA e NON CONNESSA ad alcun Finanziamento.

In caso di premorienza e invalidità totale permanente le coperture acquistate intervengono con il pagamento del capitale costante da te scelto, che potrà essere utilizzato per tutelare il tuo patrimonio. A seguito di perdita involontaria d'impiego (in caso di lavoratori dipendenti di azienda privata) o inabilità totale e temporanea (in tutti gli altri casi) le coperture, se previste all'interno del pacchetto da te scelto, intervengono con il pagamento di un indennizzo mensile predeterminato da te scelto sulla base delle tue richieste ed esigenze di tutela.

Il presente SET Informativo illustra le caratteristiche della Polizza sottoscritta.

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 sulla Compagnia.

Le Condizioni di Assicurazione contengono invece l'insieme delle norme che disciplinano il presente contratto d'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 onerose, abbiamo utilizzato il carattere grassetto ed evidenziato il testo;*
- › *al fine di richiamare la tua attenzione a prendere consapevolezza su particolari regole applicative, abbiamo inserito "avvertenze" specifiche.*

Per ogni eventuale chiarimento ti invitiamo a prendere contatto con:

Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto 6, 20123 Milano
portafoglio@cnpitalia.it



BOX DI CONSULTAZIONE

Questo è un box di consultazione.

In esso troverai risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità.

Questi spazi non hanno alcun valore contrattuale ma costituiscono solo una esemplificazione.

CONTENUTI



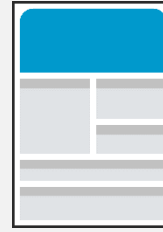
DIP VITA

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



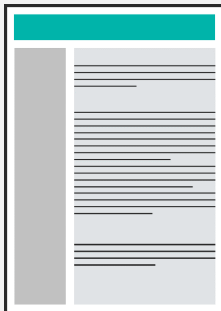
DIP DANNI

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni



DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

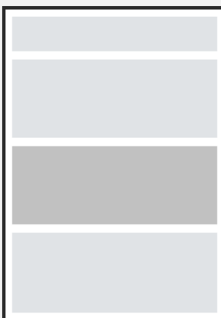
GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

CAPITOLO II – COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO: RIFERIMENTI NORMATIVI

FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

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

POLIZZA INCOME PROTECTION A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione vita (DIP Vita)

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

Prodotto: Stile Libero

Data di realizzazione: 02 SETTEMBRE 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?

La garanzia vita Decesso, prevista dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alle garanzie danni, è dedicata alle persone fisiche. Questa garanzia assicura il pagamento del capitale assicurato in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato per qualunque causa.



CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

PACCHETTI A, B e C

✓ Decesso per qualsiasi causa.

Nel rispetto dei massimali previsti:

✓ la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un importo pari al capitale assicurato scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

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

- ✗ volontariamente;
- ✗ da dolo o colpa grave dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
- ✗ da fatti conosciuti prima della stipula del contratto;
- ✗ da conseguenza diretta e indiretta di questi ultimi.

La polizza non copre gli eventi:

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



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:

- ✗ che non siano clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 61 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ I soggetti con età superiore a 71 anni non compiuti a scadenza.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

La copertura assicurativa presente opera in via alternativa e non è cumulabile con le coperture assicurative danni.

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al capitale assicurato, con un massimo di € 500.000 in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! Il decesso (a seguito di malattia) avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza).



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che la documentazione sanitaria fornita alla compagnia in sede di valutazione del sinistro sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

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

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il premio della sola copertura assicurativa Decesso è unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.

Il premio è calcolato in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, del capitale assicurato e della durata scelta ed è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta;

Il premio viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura assicurativa Decesso ha una durata pari a quella scelta dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'Aderente/Assicurato può scegliere tra una durata di 3, 5, 7 e 10 anni in funzione del pacchetto sottoscritto.

Il contratto si perfeziona e la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia delle coperture è subordinata al pagamento del premio.

La copertura termina:

- in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- in caso di recesso annuale, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale tale facoltà è stata esercitata;
- in caso di perdita dei requisiti di adesione e/o di assicurabilità;
- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato; alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza, recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SÌ NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzioni.

POLIZZA INCOME PROTECTION A PREMIO UNICO

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

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

Prodotto: Stile Libero

Data di realizzazione: 02 SETTEMBRE 2019

Il presente DIP Danni è l'ultimo disponibile

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Le garanzie danni previste dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alla garanzia vita Decesso, sono dedicate alle persone fisiche. Le garanzie assicurano il pagamento del capitale assicurato ovvero di un indennizzo mensile nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca l'Aderente/Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO A

- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (copertura assicurativa opzionale).

PACCHETTO B

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

PACCHETTO C

- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio;
- ✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia.

Nel rispetto dei massimali previsti:

- ✓ in caso di invalidità totale permanente, la Compagnia corrisponderà una somma pari al capitale assicurato scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✓ in caso di inabilità totale temporanea e perdita d'impiego, la Compagnia corrisponderà un indennizzo mensile pari all'importo scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

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

La Polizza non copre gli eventi:

- ✗ occorsi durante o in conseguenza dell'esercizio da parte dell'Aderente/Assicurato di attività sportive o lavorative ritenute pericolose.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al capitale assicurato, con un massimo di € 500.000, in caso di invalidità totale permanente;
- ! ad un massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e 24 per l'intera durata contrattuale, ciascuno per un importo massimo pari a € 1.500 in caso di perdita d'impiego e inabilità totale temporanea.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! Il grado di invalidità totale permanente accertata è pari o inferiore al 65% (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 dalla decorrenza della Polizza (carenza) e/o non perdura per almeno 30 giorni (franchigia);
- ! l'Aderente/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 corrisposto una o più prestazioni mensili.
- ! la perdita d'impiego avviene nei primi 90 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza) e/o lo stato di disoccupazione o mobilità non perdura per almeno 60 giorni (franchigia);
- ! l'Aderente/Assicurato non ha ripreso a svolgere un'attività lavorativa come dipendente di azienda privata per almeno 90 giorni dalla precedente perdita d'impiego per la quale la Compagnia abbia già corrisposto una o più prestazioni mensili.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:

- ✗ che non siano clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 61 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ con età superiore a 71 anni non compiuti a scadenza
- ✗ che non siano dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione del Pacchetto B).

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

- ✗ volontariamente;
- ✗ da dolo o colpa grave dell'Assicurato e/o del Beneficiario;



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che la documentazione sanitaria fornita alla compagnia in sede di valutazione del sinistro sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia;
- ✓ La copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.



CHE OBBLIGHI HO?

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



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il premio è unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.

Il premio è calcolato in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, del capitale assicurato e della durata scelta ed è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Il premio viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura assicurativa danni ha una durata pari a quella scelta dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'Aderente/Assicurato può scegliere tra una durata di 3, 5, 7 e 10 anni in funzione del pacchetto sottoscritto.

Il contratto si perfeziona e la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio.

La copertura termina:

- in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- in caso di recesso annuale, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale tale facoltà è stata esercitata;
- in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato; alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza, recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.



POLIZZA INCOME PROTECTION A PREMIO UNICO

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

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

Prodotto: Stile Libero

Data di realizzazione: 2 SETTEMBRE 2019

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è l'ultimo disponibile

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

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

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

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

Sede Legale delle Compagnie: Direzione Generale in Place Raoul Dautry, 4 - 75716 Parigi (Francia).

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

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

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

Numero verde 800.222.662; sito internet www.cnpitalia.it - email info@cnpitalia.it - PEC cnp@pec.cnpitalia.it

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

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

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

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

Patrimonio Netto = 11.459 milioni di euro - Capitale Sociale = 687 milioni di euro - Riserve Patrimoniali = 10.773 milioni di euro
In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 13 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 5,8 mld. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 26,1 mld di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale minimo è pari a 22,4 mld. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: <http://www.cnp.fr/Analyse-investisseur/Les-resultats-de-CNP-Assurances?tab=2&start=0#panel>

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

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

Patrimonio Netto = 510 milioni di euro - Capitale Sociale = euro 259 milioni di euro - Riserve Patrimoniali = 252 milioni di euro

L'indice di solvibilità della Compagnia - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari al 522%.

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA È ASSICURATO?

RAMO VITA

a) Prestazione in caso di decesso

La garanzia Decesso tutte cause prevede una prestazione pari al capitale assicurato scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

RAMI DANNI

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- Prestazione in caso di invalidità totale permanente

La garanzia Invalidità Totale Permanente prevede una prestazione pari al capitale assicurato scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, nel caso in cui venga lui riconosciuta un'invalidità totale permanente di grado superiore al 65% entro 2 anni dall'infortunio ovvero dalla data di diagnosi della malattia (in caso di sottoscrizione del pacchetto A), verificatesi durante il periodo contrattuale.

- Prestazione in caso di perdita d'impiego involontaria

La garanzia è sottoscrivibile esclusivamente dai lavoratori dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo determinato o indeterminato regolato dalla legge italiana almeno pari a 16 ore settimanali.

Prevede un indennizzo mensile, pari all'importo scelto dall'Aderente/Assicurato, che verrà corrisposto ogni 30 giorni nel perdurare dello stato di disoccupazione.

- Prestazione in caso di inabilità totale temporanea

La garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai dipendenti di Azienda Privata ovvero dai non lavoratori.

Prevede un indennizzo mensile, pari all'importo scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, che verrà liquidato ogni 30 giorni nel perdurare dello stato di inabilità totale temporanea.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle seguenti attività sportive e lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE

Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo; Salti da trampolino con sci e idrosci; Sci nautico; Skiathlon; Bob (guidoslitta); Skeleton; Arrampicata; Bouldering; Scalata; Combinata nordica; Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning; Accesso ai ghiacciai; Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa; Speleologia; Sport aerei in genere; a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante; Immersioni subacquee; Caccia, Safari; Sport equestri; Tauromachia; Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore; Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa); Competizioni ciclistiche; Kickboxing, Pugilato, Savate e lotta nelle sue varie forme; Atletica pesante; Rugby e Football americano; Altri sport comunemente definiti "estremi".

ATTIVITÀ LAVORATIVE

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

LE COPERTURE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE NON SONO OPERANTI NEI SEGUENTI CASI:

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;

5. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it
Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
6. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
7. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
8. dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
9. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
10. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
11. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
12. 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;
13. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
14. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
15. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive e/o lavorative pericolose su indicate;
16. produzione e/o uso di esplosivi.

LA COPERTURA DECESSO NON È INOLTRE OPERANTE NEL SEGUENTE CASO:

17. suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della Polizza.

LE COPERTURE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE NON SONO INOLTRE OPERANTI NEI SEGUENTI CASI:

18. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
19. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
20. atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
21. sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
22. 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);
23. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

LA COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO NON È OPERANTE NEI SEGUENTI CASI:

24. l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
25. l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
26. il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
27. dimissioni;
28. qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
29. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia;
30. contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
31. l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
32. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
33. qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
34. risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
35. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

RAMO VITA

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

RAMI DANNI

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



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	DENUNCIA DEL SINISTRO: I sinistri relativi alle coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea devono essere tempestivamente denunciati per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti:
	CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - sinistri@cnpitalia.it
	Il sinistro relativo alla copertura Perdita d'Impiego deve essere tempestivamente denunciato per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti:
	CNP CAUTION S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - sinistri@cnpitalia.it
	L'elenco dei documenti da consegnare ai fini della valutazione del sinistro è riportato nel Modulo di Denuncia sinistro ad uso facoltativo contenuto nel Set Informativo e messo a disposizione degli interessati presso le filiali della Banca distributrice ovvero sul sito web della Compagnia.
	PRESCRIZIONE: Per la garanzia Decesso i diritti si prescrivono nel termine ordinario di 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Decorso il predetto termine, la Compagnia sarà tenuta a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego i diritti si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
	LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE: Qualora il sinistro risulti 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.
GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE: Non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre Compagnie diverse da CNP Assurances S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia e CNP Caution S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia.	
ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE: Non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.	
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	L'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza. In particolare, è di fondamentale importanza la corretta compilazione del Questionario Medico sottoposto in fase di sottoscrizione del contratto.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

PREMIO	Il premio corrisposto è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%, applicate all'importo riferito alle sole garanzie danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego).
RIMBORSO	L'Aderente/Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nei seguenti casi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recesso dell'Aderente/Assicurato o della Compagnia; 2. Recesso annuale con preavviso di 60 giorni esercitabile a partire dalla quarta ricorrenza annua; 3. Modifica dello Status di Dipendente di Azienda Privata (solo per la quota parte di premio relativa alla garanzia Perdita d'Impiego, qualora presente nel Pacchetto sottoscritto); 4. Perdita dei requisiti di assicurabilità per l'Aderente/Assicurato. La Compagnia restituirà il premio pagato e non goduto al netto dell'imposta e del costo di emissione. Solo in caso di recesso della Compagnia, l'imposta di legge non verrà trattenuta.
SCONTI	La Compagnia applica uno sconto di premio.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

DURATA	La copertura assicurativa ha una durata poliennale pari a quella scelta dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Non è prevista la possibilità di rinnovo a scadenza.
---------------	---

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

	In virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari al 3%, è prevista la facoltà di recesso trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza. In tal caso, il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.
SOSPENSIONE	Non è prevista la possibilità di sospendere volontariamente le garanzie.

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

REVOCA	L'Aderente/Assicurato può revocare la proposta di Adesione, fino al momento in cui non sia venuto a conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia.
RECESSO	L'Aderente/Assicurato può recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Polizza: <ol style="list-style-type: none"> 1. Recandosi presso la filiale nella quale è stata sottoscritta la Polizza; oppure 2. Dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail al seguente indirizzo: <p style="text-align: center;">CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Portafoglio - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - portafoglio@cnpitalia.it</p> <p>La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente/Assicurato il premio pagato al netto della quota parte relativa al periodo nel quale la copertura ha avuto effetto nonché dell'imposta di legge e del costo di emissione.</p>
RISOLUZIONE	Non è prevista la possibilità di sospendere il pagamento dei premi.

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche in possesso dei requisiti di adesione e di assicurabilità e che abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi che possono mettere a rischio il tenore di Vita proprio, della propria famiglia e/o di altri soggetti.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

RAMO VITA E RAMI DANNI

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di spesa di acquisizione e gestione delle coperture assicurative Decesso e Invalidità Totale Permanente, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTI TOTALI	COSTI DI INTERMEDIAZIONE	
	Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei costi totali (54,90%)
54,90 %	35,00 %	63,75 %

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di spesa di acquisizione e gestione delle coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

COSTI TOTALI	COSTI DI INTERMEDIAZIONE	
	Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei costi totali (58,75 %)
58,75 %	35,00 %	59,57 %

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

Il presente contratto è soggetto ad un costo di emissione pari a € 10.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SÌ NO

La Polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE	I reclami riguardanti le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità 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 style="text-align: center;">CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - reclami@cnpitalia.it</p> I reclami riguardanti la garanzia Perdita d'Impiego dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:
----------------------------------	--

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

	CNP CAUTION S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - reclami@cnpitalia.it
	Le compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
ALL'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;">IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it</p> <p>Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi per iscritto, corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia, a: Istituto di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) presso l'Ufficio Reclami Sede: 61 rue Taitbout – 75436 Paris - Cedex 09 – Francia</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

MEDIAZIONE	Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET; 2. 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/Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Tale detrazione si intende maggiorata relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge”).</p>
---	--

AVVERTENZA: LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI ENTRO 60 GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

AVVERTENZA: PRIMA DI COMPILARE E 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.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	OGGETTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE	4
ART. 2	REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ	4
ART. 3	DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	4
ART. 4	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	5
ART. 5	CUMULO	5
ART. 6	FORMALITÀ DI ASSUNZIONE – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	5
ART. 7	PREMIO	5
ART. 8	DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	6
ART. 9	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	6
ART. 10	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	6
ART. 11	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO	6
ART. 12	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO IN CORSO DI CONTRATTO	6
ART. 13	DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA	7
ART. 14	PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ	7
ART. 15	BENEFICIARI	7
ART. 16	VALIDITÀ TERRITORIALE	8
ART. 17	DENUNCIA DEL SINISTRO	8
ART. 18	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	8
ART. 19	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	8
ART. 20	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
ART. 21	IMPOSTE E TASSE	8
ART. 22	CLAUSOLA LIBERATORIA	8
ART. 23	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	8

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

ART. 24	COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE	9
ART. 25	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA	9
ART. 26	COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA	10
ART. 27	COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO	11
ART. 28	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	12

ESCLUSIONI

ART. 29	ESCLUSIONI	13
---------	------------	----

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 30	DENUNCIA DEI SINISTRI	15
ART. 31	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO	15
ART. 32	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	16
ART. 33	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	16

GLOSSARIO

IMPORTANTI



- > **Polizza Collettiva:** Il Contratto di Assicurazione stipulato tra la Contraente e la Compagnia, al quale possono chiedere di aderire i soggetti che possiedono i requisiti indicati nelle condizioni di assicurazione, ai sensi dell'art. 1891 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").
- > **Premio:** L'importo richiesto all'Aderente/Assicurato quale corrispettivo per usufruire delle coperture assicurative.
- > **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- > **Capitale assicurato:** Il capitale costante scelto dall'Aderente/Assicurato e indicato nel Modulo di Proposta.
- > **Copertura assicurativa:** Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di un indennizzo al verificarsi del sinistro.
- > **Decesso:** La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- > **Inabilità Totale Temporanea:** La perdita totale temporanea della capacità dell'Aderente/Assicurato di svolgere la propria attività (professione). Se l'evento colpisce un non lavoratore, l'Inabilità Totale Temporanea è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Aderente/Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.
- > **Indennizzo:** La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
- > **Indennizzo mensile assicurato:** L'indennizzo mensile scelto dall'Aderente/Assicurato e indicato nel Modulo di Proposta, dovuto dalla Compagnia in caso di sinistro.

- > **Infortunio:** L'evento dannoso dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini, ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

- > **Invalidità Totale Permanente:** La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia superiore al 65%. 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 da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Qualora l'evento invalidante si verifichi quando l'Assicurato è già in quiescenza, e pertanto il criterio di riconoscimento dell'invalidità permanente non può essere applicato in riferimento alle capacità lavorative, si utilizza il criterio di "perdita di autosufficienza" definito come segue. L'Assicurato è riconosciuto colpito da invalidità totale permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
 - Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento 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);
 - 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.
- > **Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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.

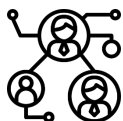
NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente



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.
- › **Età anagrafica:** Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.
- › **Età assicurativa:** Età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.
- › **Franchigia:** Il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta a carico dell'Aderente/Assicurato.
- › **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 ovvero dello stato di disoccupazione o mobilità 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



- › **Aderente/Assicurato:** La persona fisica residente in Italia che presenta i requisiti di adesione e assicurabilità previsti dall'ART. 2, che sottoscrive il Modulo di Proposta e che paga il premio.
- › **Altre categorie lavorative/professionali diverse dal Dipendente di azienda privata:** La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di redditi da lavoro dipendente e che comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi da lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 46 (redditi da lavoro dipendente), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

A titolo esemplificativo, sono considerati facenti parte di questa categoria:

- i Lavoratori Autonomi;
- i Non Lavoratori;
- i Dipendenti Pubblici;
- i Dipendenti con contratto di meno di 16 ore settimanali;
- i Dipendenti persone fisiche con mansioni di assistenza o di collaborazione familiare;
- i Dipendenti di Imprese famigliari in rapporto di parentela col Datore di lavoro.

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

- › **Beneficiario:** Il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. Per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego il Beneficiario coincide con l'Aderente/Assicurato.

Per la garanzia Decesso il Beneficiario è quello designato dall'Aderente/Assicurato o, in caso di mancata designazione, quelli stabiliti per legge.

- › **Compagnie:** CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

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

- › **Contraente:** Cassa di Risparmio di Volterra; il Contraente viene definito anche come "Intermediario".
- › **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.
- › **Lavoratore Dipendente di azienda privata:** Persona fisica che svolge la propria attività lavorativa presso un'azienda privata di cui è dipendente e il cui contratto di lavoro, regolato dalla Legge italiana, non sia inferiore a 16 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga;
- i lavoratori con contratto a tempo indeterminato o determinato;
- i lavoratori somministrati;
- i lavoratori con contratto di apprendistato.
- **Lavoratore Dipendente Pubblico:** Persona fisica dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come:
 - le Amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
 - le Aziende e le Amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
 - le Regioni, le Province ed i Comuni;
 - le Comunità Montane e loro Consorzi e Associazioni;

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

- le Università;
 - le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e le loro Associazioni;
 - le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- > **Perdita d'Impiego:** Lo stato dell'Aderente/Assicurato, che sia Lavoratore Dipendente di azienda privata, qualora egli, a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo: a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; b) sia iscritto negli appositi elenchi anagrafici in Italia, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità; c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro. Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".
 - > **Stato di disoccupazione o Mobilità:** La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente di azienda privata che è iscritto nelle liste di disoccupazione o di mobilità presso il centro per l'impiego di competenza percependo le rispettive indennità. Durante la disoccupazione/mobilità il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

DOCUMENTI



- > **Condizioni di Assicurazione:** L'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- > **Contratto di Assicurazione:** È rappresentato dal Modulo di Proposta sottoscritto dall'Assicurato, e dalla Lettera di Conferma rilasciata dalla Compagnia.
- > **DIP Aggiuntivo Multirischi:** Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.
- > **DIP Danni:** Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni.
- > **DIP Vita:** Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- > **Lettera di Conferma:** Il documento con cui la Compagnia accetta la proposta di adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato.
- > **Modulo di Denuncia sinistri:** È il documento che può essere utilizzato per la denuncia dei sinistri. In esso è contenuto l'elenco dei documenti da consegnare in fase di denuncia.
- > **Modulo di Proposta:** È il documento sottoscritto dal potenziale Aderente/Assicurato, con il quale richiede alla Compagnia di aderire alla Polizza Collettiva.
- > **Set Informativo:** Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto. È composto dal DIP Vita, DIP Danni, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione, dall'Allegato Riferimenti Normativi, dal Fac simile del Modulo di Proposta, dall'Informativa sul trattamento dei dati personali e dal Modulo di Denuncia sinistri.
- > **Questionario Medico Semplificato/Completo:** Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Aderente/Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

FASI DEL CONTRATTO



- > **Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento:** Il momento in cui l'Aderente/Assicurato riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.
- > **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 emissione della Lettera di Conferma.
- > **Durata del Contratto di Assicurazione:** Il periodo di vigenza del Contratto di Assicurazione.
- > **Durata delle coperture assicurative:** Il periodo di vigenza delle coperture assicurative. Coincide con la durata del Contratto di Assicurazione.
- > **Efficacia del Contratto e delle coperture assicurative:** il termine dal quale prendono efficacia il contratto e le coperture assicurative e che coincide con le ore 24 del giorno in cui l'Aderente/Assicurato paga il premio.

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con le Compagnie CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (per la sola garanzia Perdita d'Impiego) a favore dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.









AVVERTENZA: Anche se la Polizza è proposta da un Istituto Finanziario ed eventualmente venduta contestualmente ad una richiesta di Finanziamento, è facoltativa e non obbligatoria per la concessione del Finanziamento stesso. Tra la Polizza e il Finanziamento pertanto non vi è alcuna connessione funzionale, sicché in caso di estinzione anticipata del Finanziamento la Polizza proseguirà sino alla sua naturale scadenza e il premio non verrà rimborsato.

Per quanto non espressamente regolato dalla presente Polizza valgono le norme di legge applicabili.

ART. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: COPERTURE ASSICURATIVE

A fronte dell'adesione e del pagamento del premio, le Compagnie, ognuna per quanto di propria competenza, garantiscono all'Aderente/Assicurato, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle coperture assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto.

Si illustrano qui di seguito i Pacchetti assicurativi che possono essere sottoscritti:

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto A	TUTTI	 DECESSO Tutte cause	 ITP da infortunio e da malattia	
Pacchetto B	Dipendenti di azienda privata con contratto disciplinato dalla legge italiana ≥ 16 ore settimanali	 DECESSO Tutte cause	 ITP da infortunio	 PPL
Pacchetto C	Altre categorie diverse dai dipendenti di azienda privata con contratto disciplinato dalla legge italiana ≥ 16 ore settimanali	 DECESSO Tutte cause	 ITP da infortunio	 ITT da infortunio e da malattia

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 REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ

Possono aderire alle coperture assicurative, le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

1. siano Clienti dell'Intermediario;
2. siano residenti in Italia;
3. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 61 non compiuti;
4. abbiano un'età non superiore a 71 anni non compiuti a scadenza;
5. abbiano compilato e sottoscritto il Questionario Medico Semplificato ovvero il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
6. siano Dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione del Pacchetto B).

I requisiti indicati nei punti 2. e 6. che precedono, devono altresì essere rispettate per tutta la durata contrattuale. Nel caso di perdita dei requisiti si veda l'ART. 14.

ART. 3 DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi"). 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.

AVVERTENZA: Le coperture assicurative non intervengono nel caso in cui il sinistro occorra durante o comunque in conseguenza dello svolgimento, anche occasionale, di attività lavorative e sportive di natura pericolosa, come elencate all'interno della Capitolo III.



COPERTURE ASSICURATIVE



DECESSO



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)
(opzionale per il Pacchetto A)



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)



PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

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

ART. 4 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, l'Aderente/Assicurato può scegliere, tra le opzioni indicate nella tabella che segue:

- > l'importo del capitale assicurato costante per le coperture Decesso e Invaldità Totale Permanente;
- > l'importo dell'indennizzo mensile costante per le coperture Inabilità Totale Temporanea o Perdita d'Impiego.

	CAPITALE COSTANTE ASSICURATO In caso di decesso e invalidità totale permanente	INDENNIZZO MENSILE ASSICURATO In caso di inabilità totale temporanea e perdita d'impiego
OPZIONE 1	Da € 1.000 a € 10.000	Da € 100 a € 300
OPZIONE 2	Da € 10.001 a € 50.000	Da € 100 a € 600
OPZIONE 3	Da € 50.001 a € 100.000	Da € 100 a € 900
OPZIONE 4	Da € 100.001 a € 300.000	Da € 100 a € 1.200
OPZIONE 5	Da € 300.001 a € 500.000	Da € 100 a € 1.500

ART. 5 CUMULO

Ai fini dell'accoglimento della richiesta di adesione, la Compagnia verificherà:

- > la presenza di eventuali ulteriori capitali assicurati per il rischio morte, per Aderente/Assicurato, presso la Compagnia medesima. Se la somma di tutti i Capitali Assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 500.000 per Aderente/Assicurato, la Compagnia non accetta il rischio;
- > la presenza di eventuali ulteriori indennizzi mensili assicurati per Aderente/Assicurato, presso la Compagnia medesima. Se tale somma (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.500 per Aderente/Assicurato, la Compagnia non accetta il rischio.

ART. 6 FORMALITÀ DI ASSUNZIONE – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse a aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo stesso e sulla base delle risposte fornite nel Questionario Medico Semplificato ovvero Completo in funzione del capitale assicurato secondo lo schema sotto riportato.

CAPITALE ASSICURATO*	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 200.000,00	Questionario Medico Semplificato
Da € 200.000,01 a € 300.000,00	Questionario Medico Completo
Da € 300.000,01 a € 500.000	Questionario Medico Completo + esami medici

* Il capitale assicurato considera la presenza di capitale sotto rischio preesistente con la Compagnia (cumulo).

In presenza di risposte affermative al Questionario Medico Semplificato, è sempre prevista la compilazione del Questionario Medico Completo che verrà valutato dalla Compagnia.

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

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica, il Contratto di Assicurazione si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato della Lettera di Conferma della Compagnia con la quale viene accettata la proposta di adesione e viene indicata la data di decorrenza delle coperture assicurative. L'efficacia del contratto è comunque subordinata al pagamento del premio.

In caso di esito negativo della valutazione assuntiva medica, verranno informati dalla Compagnia, tramite apposita comunicazione, sia l'Aderente/Assicurato sia il Contraente.

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

ART. 7 PREMIO

Il premio varia in funzione:

- > dell'età assicurativa dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- > delle coperture assicurative prestate;
- > della durata scelta;
- > dell'ammontare degli importi assicurati.

Il premio è unico e anticipato e comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alle coperture Invaldità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

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

La Compagnia applica un costo di emissione pari ad € 10.

Il premio viene addebitato sul c/c dell'Aderente/Assicurato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dall'Aderente/Assicurato stesso al Contraente, nel Modulo di Proposta. L'incasso di tale somma da parte della Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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



COSA SI INTENDE PER PREMIO?

Il premio è la somma di denaro che deve essere pagata dall'Aderente/Assicurato per usufruire delle coperture

ART. 8 SE IL PREMIO NON VIENE PAGATO, IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E LE COPERTURE ASSICURATIVE RESTANO INEFFICACI. DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Al momento dell'adesione, l'Aderente/Assicurato può scegliere la durata del Contratto di Assicurazione tra le opzioni di seguito indicate:

PACCHETTO	DURATA IN ANNI
PACCHETTO A	3, 5, 7, 10
PACCHETTO B	3, 5, 7, 10
PACCHETTO C	3, 5, 7, 10

ART. 9 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di decorrenza evidenziato sulla Lettera di Conferma (attivazione delle coperture assicurative) inviata all'Aderente/Assicurato, restando inteso che le stesse saranno inefficaci, e pertanto non attivabili, qualora non venisse pagato il premio contrattualmente previsto. La durata di tutte le coperture assicurative è sempre pari alla durata del Contratto di Assicurazione, ai sensi dell'art. 1899 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

ART. 10 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine:

- > in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- > in caso di recesso annuale, a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale tale facoltà è stata esercitata;
- > in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- > in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- > in caso di liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato;
- > alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.

ART. 11 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative indicata nella Lettera di Conferma, con le seguenti modalità:

- > recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure
- > dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagato e non goduto al netto dell'imposta di legge calcolato a partire dalla data di richiesta di recesso, sulla base della seguente formula:

$$\text{Rimborso del premio} = \frac{P \times (N - K)}{N}$$

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e del costo di emissione

N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi con un arrotondamento per difetto fino a 15 giorni)

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione.

ART. 12 DIRITTO DI RECESSO IN CORSO DI CONTRATTO

A fronte della riduzione di premio indicata all'ART. 7, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto ai sensi dell'art. 1899 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi"), a partire dalla quarta ricorrenza annua dalla data di decorrenza.

In tal caso, il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale ne è stata fatta richiesta.

La Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta relativa alle coperture assicurative danni a partire dalla data di effetto dell'operazione sulla base della formula indicata al precedente ART. 11.

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

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia



COSA SI INTENDE PER RECESSO?

Il recesso è la facoltà riconosciuta ad una o a entrambe le parti di far cessare gli effetti della Polizza ad una data anticipata rispetto alla scadenza prefissata.

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

ART. 13 DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA

La Compagnia ha diritto di recedere dalla Polizza, entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative indicata nella Lettera di Conferma qualora, da una verifica successiva al perfezionamento della Polizza, venisse riscontrato il superamento dei limiti assuntivi dei cumuli indicati nell'ART. 5 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia si impegna a darne comunicazione all'Aderente/Assicurato stesso attraverso lettera raccomandata restituendo interamente il premio versato.

ART. 14 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, almeno 1 dei seguenti 2 requisiti di adesione e assicurabilità venisse meno:

- a. essere dipendente di azienda privata, in caso di sottoscrizione del pacchetto B;
- b. essere residente in Italia,

l'Aderente/Assicurato dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R o e-mail, al seguente indirizzo:

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

- a. La perdita del solo requisito di dipendente di azienda privata, determina la cessazione della sola copertura assicurativa Perdita d'Impiego, la quale non interverrà in caso di sinistro.

La copertura assicurativa rimarrà invece in vigore per le altre garanzie facenti parte del pacchetto assicurativo sottoscritto.

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a ridurre il premio addebitato a ciascuna ricorrenza di pagamento successiva della componente relativa alla copertura assicurativa Perdita d'Impiego; la Compagnia provvederà altresì a restituire l'eventuale premio pagato e non goduto calcolato utilizzando la seguente formula:

$$\text{Rimborso del premio} = \frac{P \times (N - K)}{N}$$

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e del costo di emissione

N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi

K = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi con un arrotondamento per difetto fino a 15 giorni)

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione.

- b. La perdita del requisito di residenza in stato italiano determina invece la cessazione automatica di tutte le coperture assicurative acquistate; le Compagnie non interverranno perciò in nessun caso di sinistro.

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà ad interrompere l'addebito automatico dei premi successivi al primo ad estinguere il Contratto di Assicurazione, e a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale lo stesso ha perso il requisito di assicurabilità, sulla base formula indicata al precedente punto a.

ART. 14.1 COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Ai fini della liquidazione, la Compagnia effettuerà preventivamente controlli in merito alla sussistenza dei requisiti di adesione e assicurabilità; qualora dovesse riscontrarne la mancanza, rifiuterà il sinistro e procederà al rimborso del premio pagato e non goduto sulla base della formula indicata al precedente articolo ART. 14, anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la loro perdita.

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione pagato al momento della sottoscrizione.

ART. 15 BENEFICIARI

L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di designare il Beneficiario per la copertura assicurativa Decesso e può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione inviando una comunicazione con lettera raccomandata A.R. o via e-mail alla Compagnia ai seguenti recapiti:

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

In generale, la designazione del Beneficiario è efficace altresì se lo stesso è determinato solo genericamente, purché sia certamente individuabile. L'Aderente/Assicurato ha facoltà di indicare, per esigenze specifiche di

riservatezza, anche un referente terzo diverso dal Beneficiario a cui la compagnia può fare riferimento in caso di decesso.

AVVERTENZA: In caso di mancata indicazione dei dati identificativi del Beneficiario, ovvero del Referente Terzo, la Compagnia potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dello stesso. La comunicazione di nomina e revoca o modifica del Beneficiario, in qualsiasi forma effettuata, anche per testamento, costituisce un atto unilaterale recettizio, e come tale non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima.

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

Relativamente alle coperture assicurative diverse dal Decesso, gli indennizzi saranno riconosciuti all'Aderente/Assicurato.

ART. 16 VALIDITÀ TERRITORIALE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 29 punti 4 e 5, le coperture assicurative Decesso, Invalidità Totale Permanente 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.

La copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.

ART. 17 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. 18 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 19 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per la copertura assicurativa sulla vita (Decesso), i diritti si prescrivono nel termine ordinario di prescrizione di 10 anni, decorsi i quali le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le coperture assicurative danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego), 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. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

ART. 20 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 21 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 22 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.

ART. 23 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 di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione più vicino alla residenza o, se diverso, al domicilio elettivo dell'Aderente/Assicurato.

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



COSA SI INTENDE PER SINISTRO?

Un sinistro rappresenta il verificarsi del rischio in relazione al quale è stato stipulato il contratto d'assicurazione. Tutti i dettagli al Capitolo IV.

CAPITOLO II

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI



DECESSO, TUTTE CAUSE

ART. 24 COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è il decesso qualunque possa esserne la causa.

Indennizzo

In caso di decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un indennizzo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta.

AVVERTENZA: 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 Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente. Pertanto, qualora nel corso della valutazione del sinistro per invalidità totale permanente, dovesse sopraggiungere il decesso, tale copertura assicurativa potrà intervenire solo se l'invalidità risultasse non liquidabile;**
- › **L'indennizzo della copertura assicurativa Decesso non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile delle coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego. Eventuali indennizzi già corrisposti nel periodo intercorrente tra la data del decesso e la data della liquidazione dell'indennizzo, saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.**

Carenza

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

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER DECESSO

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DATA DI DECESSO (a seguito di malattia)	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2019	30/01/2019	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà nessun indennizzo, in quanto l'Assicurato è deceduto a seguito di malattia nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza.
02/01/2019	05/03/2019	La Compagnia liquida il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto l'Assicurato è deceduto dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 25 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE SELEZIONATA ALL'INTERNO DEL MODULO DI PROPOSTA.

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente di grado superiore al 65% causata da infortunio o malattia (Pacchetto A) e solo da infortunio (in caso di sottoscrizione dei Pacchetti B e C).

Indennizzo

Nei casi in cui venga accertata un'invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato, di grado superiore al 65%, entro 2 anni dall'infortunio o dalla data di diagnosi della malattia verificatesi durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia garantisce allo stesso la corresponsione di una somma pari al capitale assicurato.

AVVERTENZA: La Compagnia, si riserva il diritto di inviare l'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/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.

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.



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITP)

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

AVVERTENZA: 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;**
- › **l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile delle coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.**

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

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

La presente copertura assicurativa cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per decesso dell'Aderente/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: 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 liquida 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. 26 COPERTURA DI 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 un indennizzo mensile pari all'importo scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. Decorso il periodo di carenza contrattualmente previsto nel caso di sinistro dovuto a malattia, l'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo al termine del periodo di 30 giorni e successivamente verrà liquidato ogni frazione di 30 giorni consecutivi nel perdurare dello stato di inabilità.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 indennizzi nell'arco dell'intera durata contrattuale. Qualora il sinistro dovesse perdurare oltre la scadenza del Contratto di Assicurazione, la Compagnia continuerà ad erogare le prestazioni mensili dovute nel rispetto delle condizioni contrattuali e fino ad un massimo di 12 indennizzi mensili.

AVVERTENZA: 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.

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

Periodo di riquilibratura

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'Aderente/Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa ovvero abbia ripreso a svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici per un periodo pari a 90 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITT)

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

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

CASO 1	Viene denunciato il sinistro da malattia diagnosticata il 3 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 30 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 30 giugno 2019, la cui durata è pari a 45 giorni. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto il periodo di inabilità totale temporanea si è verificato e 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 30 giorni. La prestazione sarà pari ad 1 indennizzo mensile, il cui importo è stato scelto al momento della sottoscrizione. L'Aderente/Assicurato, al termine dei 45 giorni di inabilità totale temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni e denuncia un secondo sinistro per inabilità totale temporanea dovuta a stessa causa. 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 per stessa causa, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.



PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

ART. 27 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo III, il rischio assicurato è la perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

Indennizzo

La copertura assicurativa per la Perdita d'Impiego interviene solo nel caso in cui l'Aderente/Assicurato ricopra la posizione di dipendente di azienda privata anche al momento del sinistro. In tal caso, la Compagnia liquiderà un indennizzo mensile pari all'importo scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. Decorso il periodo di carenza contrattualmente previsto, l'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo al termine del periodo di franchigia di 60 giorni.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 indennizzi nell'arco dell'intera durata contrattuale. Qualora il sinistro dovesse perdurare oltre la scadenza del Contratto di Assicurazione, la Compagnia continuerà ad erogare le prestazioni mensili dovute nel rispetto delle condizioni contrattuali e fino ad un massimo di 12 indennizzi mensili.

AVVERTENZA: 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.

Carenza

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

Periodo di franchigia

La copertura assicurativa per il caso perdita d'impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato un sinistro per disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione o messa in mobilità e l'inizio del secondo periodo di disoccupazione o messa in mobilità, l'Aderente/Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di azienda privata per un periodo pari a 90 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA D'IMPIEGO

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

CASO 1	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 2 Febbraio 2019. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato nei primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.
CASO 2	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2019. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 3 agosto 2019. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nonostante l'Aderente/Assicurato sia stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza), la durata del periodo di inattività è inferiore a 60 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.

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

CASO 3

L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2019. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 2 Settembre 2019.

La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza) e la durata del periodo di inattività è superiore a 60 giorni.

L'Aderente/Assicurato, a partire dal 2 settembre 2019, svolge la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni al termine dei quali viene licenziato.

La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione e l'inizio del secondo, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

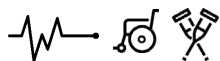
**ART. 28 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE**

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	INDENNIZZO ASSICURATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
Decesso	compreso tra € 1.000 e € 500.000	==	==	60 giorni (solo per malattia)	==
Invalità Totale Permanente			65%	60 giorni (solo per malattia)	==
Inabilità Temporanea Totale	==	compreso tra € 100 e € 1.500 al mese	30 giorni	60 giorni (solo per malattia)	90 giorni
Perdita d'Impiego			60 giorni	90 giorni	90 giorni

*massimo 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 indennizzi per tutta la durata contrattuale per le coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

CAPITOLO III

ESCLUSIONI



ART. 29 ESCLUSIONI

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

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
5. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it
6. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
7. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
8. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
9. dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
10. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
11. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
12. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
13. 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;
14. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
15. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
16. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive e/o lavorative pericolose indicate ai successivi ART. 29.1 e ART. 29.2;
17. produzione e/o uso di esplosivi.



La copertura Decesso non è inoltre operante nel seguente caso:

18. suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi 2 anni di validità della Polizza.



Le coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale non sono inoltre operanti nei seguenti casi:

19. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
20. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
21. atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
22. sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
23. 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);
24. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

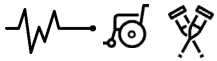


La copertura Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

25. l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
26. l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
27. il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
28. dimissioni;

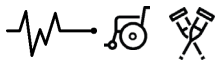
NB: Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

29. qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
30. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia;
31. contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
32. l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
33. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
34. qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
35. risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
36. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.



ART. 29.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

- a. Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo, Salti da trampolino con sci e idrosci, Sci nautico, Skiathlon;
- b. Bob (guidoslitta), Skeleton, Arrampicata, Bouldering, Scalata, Combinata nordica, Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning, Accesso ai ghiacciai, Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa, Speleologia;
- c. Sport aerei in genere, a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante;
- d. Immersioni subacquee, Caccia, Safari, Sport equestri, Tauromachia;
- e. Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore;
- f. Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa);
- g. Competizioni ciclistiche;
- h. Kickboxing, Pugilato, Savate, lotta nelle sue varie forme, Atletica pesante, Rugby, Football americano;
- i. Altri sport comunemente definiti "estremi".



ART. 29.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE

- a. Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni);
- b. Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino;
- c. Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazzieri, betoniere, rifinitore);
- d. Carpenteri in metallo;
- e. Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali);
- f. Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere;
- g. Attività che comportano l'utilizzo di altiforni;
- h. Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche;
- i. Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche;
- j. Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico);
- k. Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive;
- l. Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V;
- m. Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo);
- n. Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti);
- o. Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub);
- p. Attività che prevedono lavori di sterramento;
- q. Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico);
- r. Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori);
- s. Attività in alta montagna (es. guide alpine);
- t. Addetti al settore petrolifero;
- u. Collaudatori di autoveicoli e motocicli;
- v. Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo; Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai;
- w. Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori);
- x. Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).

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

CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 30 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente.

Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti le coperture assicurative Decesso, Invalidità Totale Permanente 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

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione, riguardanti la copertura assicurativa perdita d'impiego devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:

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

L'Aderente/Assicurato ovvero i suoi aventi causa devono altresì 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. 31 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.

DECESSO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- > Certificato di morte;
- > Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
- > Atto notorio e/o copia del Testamento, qualora esistente.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora il decesso 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.
- 2) Qualora il decesso sia determinato da malattia:
 - > Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso.
- 3) Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:
 - > Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause o copia della cartella clinica.



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.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo:
 - > 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:

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

- › 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.

AVVERTENZA: Qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il Sinistro anche sulla base della documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi eventualmente fornita dagli eredi.



INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;
- › Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal dipendente di azienda privata;
- › Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora inabilità totale temporanea sia 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.



PERDITA D'IMPIEGO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Copia della lettera di licenziamento con indicato il motivo dello stesso;
- › Copia del modello UNILAV di cessazione;
- › Copia delle ultime due buste paghe e del contratto di assunzione;
- › Copia del certificato di iscrizione al Centro per l'impiego;
- › Scheda professionale e Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circostrizionale per l'impiego) o Modello C2 - storico.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Nel caso di dimissioni per giusta causa:
 - › Copia del pagamento dell'indennità di disoccupazione;
 - › Copia della lettera di dimissioni.

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri messo a disposizione dalla Compagnia.

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 800 222 622

ART. 32 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 33 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

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1341 c.c.	Condizioni generali di contratto (vedi Modulo di Proposta) 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 (vedi Modulo di Proposta) 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 (Vedi Glossario Polizza Collettiva) 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 all'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 (vedi ART. 3 Condizioni di Assicurazione) Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del <i>contraente</i> , relative a circostanze tali che l' <i>assicuratore</i> 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 <i>contraente</i> ha agito con dolo o con colpa grave. L' <i>assicuratore</i> 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 <i>contraente</i> di volere esercitare l'impugnazione. L' <i>assicuratore</i> ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al <i>premio</i> convenuto per il primo anno. Se il <i>sinistro</i> 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 (vedi ART. 3 Condizioni di Assicurazione) Se il <i>contraente</i> ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l' <i>assicuratore</i> può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all' <i>assicurato</i> nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il <i>sinistro</i> si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall' <i>assicuratore</i> , o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il <i>premio</i> 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 (vedi ART. 3 Condizioni di Assicurazione) Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al <i>rischio</i> , si applicano a favore dell' <i>assicuratore</i> le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.
1899 c.c.	Durata dell'assicurazione (vedi ART. 8 Condizioni di 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' <i>assicuratore</i> , 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' <i>assicurato</i> , 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 (vedi ART. 7 Condizioni di Assicurazione) Se il <i>contraente</i> non paga il <i>premio</i> o la prima rata di <i>premio</i> stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il <i>contraente</i> paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il <i>contraente</i> 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' <i>assicuratore</i> , nel termine di sei mesi dal giorno in cui il <i>premio</i> o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l' <i>assicuratore</i> ha diritto soltanto al pagamento del <i>premio</i> relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)
1913 c.c.	Avviso all'assicuratore in caso di sinistro (vedi ART. 30 Condizioni di Assicurazione)

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

	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 (vedi ART. 18 Condizioni di Assicurazione) 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 CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SULLA VITA

1924 c.c.	Mancato pagamento del premio (vedi ART. 7 Condizioni di Assicurazione) Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'articolo 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate. Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.
1927 c.c.	Suicidio dell'assicurato (vedi ART. 29 punto 1 Decesso, Condizioni di Assicurazione) In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi (1901, 1924), non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c.	Prescrizione in materia di assicurazione (vedi ART. 19 Condizioni 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.
------------------	--

NORME IN TEMA DI ANTIRICICLAGGIO

Persona Politicamente Esposta (Cfr DLgs 231/07 come modificato dal DLgs 90/2017, art 1, comma 2, lett. dd)

dd) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice - Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e

i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Titolare Effettivo (Cfr DLgs 231/07 come modificato dal DLgs 90/2017, art 20)

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

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

a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.

5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

a) i fondatori, ove in vita;

b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

Ai sensi del Regolamento n IVASS. 44/2019 il titolare effettivo si qualifica inoltre come:

i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");

ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2");

iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,

- che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o

- a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua un'operazione oppure il beneficiario siano:

i. società, anche di persone,

ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero,

iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile.

Obblighi del cliente (Cfr DLgs 231/07 come modificato dal DLgs 90/2017, art 22)

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.

4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.

5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

Astensione (Cfr DLgs 231/07 come modificato dal DLgs 90/2017, art 42)

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

(omissis)

4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Fattispecie incriminatrice (Cfr DLgs 231/07 come modificato dal DLgs 90/2017, art 55)

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

4. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendovi tenuto, viola il divieto di comunicazione di cui agli articoli 39, comma 1, e 41, comma 3, è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da 5.000 euro a 30.000 euro.

MODULO DI PROPOSTA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

PROPOSTA DI ADESIONE N° _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE/ASSICURATO

Cognome	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Nome	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
C.F.	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Nato il	<input style="width: 20%;" type="text"/>
		Sesso	<input style="width: 20%;" type="text"/>
a	<input style="width: 70%;" type="text"/>		Prov. <input style="width: 10%;" type="text"/>
Nazione	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Residente in	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
CAP	<input style="width: 10%;" type="text"/>	Città	<input style="width: 60%;" type="text"/>
		Prov.	<input style="width: 10%;" type="text"/>
Nazione	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Domicilio elettivo in	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
CAP	<input style="width: 10%;" type="text"/>	Città	<input style="width: 60%;" type="text"/>
		Prov.	<input style="width: 10%;" type="text"/>
Nazione	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Documento di identità	<input style="width: 30%;" type="text"/>	N.	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Ente di rilascio	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Città	<input style="width: 70%;" type="text"/>		Prov. <input style="width: 10%;" type="text"/>
Nazione	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Data di emissione	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Data di scadenza	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Telefono	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
E-mail	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

B. DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO E AL CAPITALE ASSICURATO

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<input type="checkbox"/> DECESSO tutte cause <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da malattia <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e malattia <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO

Capitale assicurato <input style="width: 50%;" type="text"/>		Indennizzo mensile assicurato <input style="width: 50%;" type="text"/>
Durata della Polizza (anni)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10	

C. DATI RELATIVI AL PREMIO

Premio unico lordo* <input style="width: 80%;" type="text"/>	di cui imposte <input style="width: 80%;" type="text"/>
--	---

*Comprensivo di costi di emissione pari a Euro <costi di emissione>.

D. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- di aver compreso che la Polizza, pur essendo proposta da un Istituto Finanziario ed eventualmente venduta contestualmente ad una richiesta di Finanziamento è FACOLTATIVA e NON OBBLIGATORIA per la concessione del Finanziamento stesso. Tra la polizza e il Finanziamento pertanto non vi è alcuna connessione funzionale, perciò in caso di estinzione anticipata del Finanziamento la polizza proseguirà sino alla sua naturale scadenza e il premio non verrà rimborsato;

- di prestare il consenso necessario per la validità della garanzia Decesso (art. 1919 c.c.);
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo di Proposta e nel Questionario Medico, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- di essere residente in Italia.

PRENDE ATTO

- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a <_> giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio;
- che è possibile recedere dalle coperture assicurative entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (indicata nella Lettera di Conferma) inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A., Via Bocchetto 6 – 20123 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- delle seguenti **AVVERTENZE: a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione; b) per certificare il proprio stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a carico dell'Aderente/Assicurato e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta;**
- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo.

E. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

IBAN del Titolare del Conto Corrente

F. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

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

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

Cognome e Nome / Ragione Sociale

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

Indirizzo

E-mail **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

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

Indirizzo

E-mail **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

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

Indirizzo

E-mail **Telefono** **% ripartizione**

Cognome e Nome / Ragione Sociale

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

Indirizzo

POLIZZA COLLETTIVA N°

PROPOSTA DI ADESIONE N°

E-mail	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	% ripartizione	<input type="text"/>
Cognome e Nome / Ragione Sociale <input type="text"/>					
C.F./P.IVA	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
Indirizzo <input type="text"/>					
E-mail	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	% ripartizione	<input type="text"/>
					Totale <input type="text" value="100 %"/>

G. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente Referente terzo diverso dal Beneficiario a cui la compagnia può fare riferimento in caso di decesso:

Si **No**

Cognome e Nome / Ragione Sociale <input type="text"/>					
C.F./P.IVA	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
Indirizzo <input type="text"/>					
E-mail	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>		

L'Aderente/Assicurato: Non autorizza l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima della data del Decesso
 Autorizza l'invio di comunicazioni al Beneficiario, anche prima della data del Decesso

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____ (PER LE SEZIONI A, B, C, D, E, F, G)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

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

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL C.C. L'ADERENTE/ASSICURATO DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ, ART. 3 DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 8. DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 9 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 10 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 13 DIRITTO DI RECESSO DELLA COMPAGNIA, ART. 14 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 24 COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE, ART. 25 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 26 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 27 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 29 ESCLUSIONI, ART. 29.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 29.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

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

Data _____ **Firma Aderente/Assicurato** _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Come utilizziamo i Suoi dati

(art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali n. 679/2016)

Gentile Cliente,

La Compagnia CNP Assurances S.A. e la Compagnia CNP Caution S.A., Rappresentanze Generale per l'Italia (di seguito CNP o Compagnia) con sede in Milano, via Bocchetto 6, in qualità di Titolare del Trattamento, si impegna a tutelare la riservatezza dei tuoi dati personali ed a garantire ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione sempre in modo compatibile al Regolamento 679/2016 ("RGPD/GDPR") e a qualsiasi altra norma in materia di protezione dei dati personali applicabile. CNP mette in pratica, a tal fine, policy e prassi aventi riguardo alla raccolta e all'utilizzo dei dati personali e all'esercizio dei diritti che ti sono riconosciuti dalla normativa applicabile. CNP ha cura di aggiornare le policy e le prassi adottate per la protezione dei dati personali ogni volta che ciò si renda necessario e comunque in caso di modifiche normative e organizzative che possano incidere sui trattamenti dei tuoi dati personali.

A. Chi puoi contattare

I Titolari del trattamento, ovvero i soggetti che determinano l'utilizzo ("trattamento") dei Dati Personali, nonché le finalità e le modalità di trattamento, sono CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. ("Titolare"). Per qualsiasi chiarimento o richiesta relativa al trattamento dei tuoi Dati Personali, il Titolare potrà essere contattato ai seguenti recapiti:

telefono: 0230466600 - e-mail: privacy@cnpitalia.it - posta: Via Bocchetto 6, 20123 Milano

Il Titolare ha anche nominato un Responsabile della Protezione dei Dati interno ("RPD/DPO"), che potrà essere da te contattato per qualsiasi chiarimento o richiesta relativa al trattamento dei tuoi Dati Personali al seguente indirizzo e-mail: dpo.it@cnpitalia.it

B. Quali dei tuoi dati personali trattiamo

CNP raccoglie e tratta i tuoi dati personali raccolti direttamente presso te, ovvero presso terzi, che includono a titolo esemplificativo:

- (i) Dati anagrafici (e.g. nome, cognome, documento di identità, numero di passaporto, nazionalità, luogo e data di nascita, sesso, foto, indirizzo, etc)
- (ii) Informazioni di contatto (e.g. e-mail, telefono, indirizzo);
- (iii) Situazione civile (e.g. stato civile, numero di figli)
- (iv) Dati fiscali codice fiscale, partita iva
- (v) Informazioni sulla situazione patrimoniale e lavorativa (e.g. reddito, impiego)
- (vi) Informazioni bancarie, finanziarie (e.g. dettagli del conto bancario, trasferimenti di fondi, assests, storia creditizia)
- (vii) Dati giudiziari esclusivamente per la gestione del contratto e per obblighi di legge (e.g. dati condanne penali, provvedimenti di sicurezza)
- (viii) Dati sulla salute, esclusivamente per la gestione del contratto e per gli obblighi di legge

I Dati Personali che utilizziamo su di te potrebbero essere forniti direttamente da te o ottenuti dalle seguenti fonti al fine di verificare o arricchire i nostri data base:

- Banche ed altri intermediari assicurativi (agenti, broker)
- Autorità giudiziarie e forze di polizia
- Elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea
- Data base resi pubblicamente accessibili da terze parti

C. Come Utilizzeremo i tuoi Dati

I tuoi Dati Personali verranno raccolti per diverse finalità. Ciascuna di queste finalità è giustificata da una base giuridica, nel rispetto delle norme applicabili. Qui di seguito sono indicate le finalità per cui tratteremo i tuoi Dati Personali, nonché la base giuridica per ciascuna di tali finalità:

1. **Gestione del Contratto.** Utilizzeremo i tuoi Dati Personali per dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione della polizza a cui hai aderito, quali l'attivazione della copertura, la raccolta premi, la trattazione dei reclami, la gestione e la liquidazione dei sinistri (nei quali casi potrebbero essere trattati anche i dati sanitari), attività di riassicurazione, assistenza sui servizi e sui prodotti oggetto di polizza. Inoltre, in relazione a tale finalità potremmo, ad esempio, contattarti per ricordarti le scadenze contrattuali o le tue opzioni contrattuali, addebitarti i pagamenti previsti dal contratto, emettere fatture a tuo carico, etc., nonché per l'adempimento di ogni altro obbligo connesso alla corretta gestione del contratto.

La base giuridica per queste finalità di trattamento è data dalla necessità di dar seguito alle tue richieste e di dare esecuzione al contratto di cui sei parte; non sarebbe possibile per il Titolare dare correttamente esecuzione a tale contratto senza utilizzare i tuoi Dati Personali. In aggiunta, per quanto riguarda il trattamento di particolari categorie di dati personali, inclusi dati sullo stato di salute, ti informiamo che lo stesso avverrà solo con il tuo consenso esplicito, che deve essere considerato necessario al fine di dare esecuzione al contratto di cui sei parte. Tale consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento, ma una revoca da parte tua potrebbe comportare l'impossibilità da parte di CNP di garantire la tua copertura assicurativa.

2. **Obblighi di Legge.** Utilizzeremo i tuoi Dati Personali (inclusi quelli sulla salute) per adempiere a tutti gli obblighi legali ed alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di Controllo o altre pubbliche Autorità a carico del Titolare (a titolo esemplificativo e non esaustivo per valutare la propensione al rischio e la relativa adeguatezza della copertura assicurativa), inclusi gli obblighi di

informativa precontrattuale, identificazione, gli obblighi di segnalazione previsti dalle normative antiriciclaggio, nonché gli obblighi previsti dalla normativa anti-frode.

Obblighi di adeguatezza

Tra gli obblighi di legge vi sono anche quelli per CNP a proporre contratti coerenti con le richieste ed esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato. A tal fine CNP, prima di far sottoscrivere una proposta o, qualora non prevista, un contratto di assicurazione, acquisisce dal contraente le informazioni utili a valutare le sue richieste ed esigenze.

In particolare CNP chiederà notizie sulle tue caratteristiche personali e sulle tue esigenze assicurative o previdenziali, che includono, ove pertinenti, specifici riferimenti all'età, allo stato di salute, all'attività lavorativa, al nucleo familiare, alla situazione finanziaria ed assicurativa e alle tue aspettative in relazione alla sottoscrizione del contratto, in termini di copertura e durata, anche tenendo conto di eventuali coperture assicurative già in essere, del tipo di rischio, delle caratteristiche e della complessità del contratto offerto.

Target market

Per legge CNP è tenuta ad identificare il mercato di riferimento -per ciascun prodotto- ovvero il gruppo di clienti compatibili (target market positivo) nonché il gruppo di clienti non compatibile (target market negativo), individuandoli a un livello sufficientemente dettagliato tenendo conto delle caratteristiche, del profilo di rischio, della complessità e della natura del prodotto assicurativo. Nell'ambito di tale attività richiesta dalla normativa vigente, CNP potrebbe essere tenuta a trattare alcuni dei tuoi Dati Personali.

La base giuridica per queste finalità di trattamento è data dalla necessità di adempiere ad obblighi legali a cui è soggetto il Titolare; non sarebbe possibile per il Titolare adempiere ai propri obblighi legali senza utilizzare i tuoi Dati Personali. In aggiunta, per quanto riguarda il trattamento di particolari categorie di dati personali, inclusi dati sullo stato di salute, ti informiamo che lo stesso avverrà solo con il tuo consenso esplicito, che deve essere considerato necessario al fine di permettere a CNP di adempiere ad obblighi normativi vincolanti. Tale consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento, ma una revoca da parte tua potrebbe comportare l'impossibilità da parte di CNP di garantire la tua copertura assicurativa.

3. **Difesa dei diritti del Titolare.** Utilizzeremo i tuoi Dati Personali per difendere i nostri diritti in sede giudiziale e stragiudiziale in caso di violazioni contrattuali o extracontrattuali a danno del Titolare, ad esempio per esperire eventuali azioni per il recupero del credito, nel caso in cui ciò dovesse rendersi necessario a causa del mancato pagamento delle somme previste nel contratto nelle scadenze pattuite.

La base giuridica per questa finalità di trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare; la tutela di tale interesse legittimo non sarebbe possibile senza utilizzare i tuoi Dati Personali.

4. **Elaborazioni statistiche.** Utilizzeremo i tuoi dati per stabilire statistiche aggregate, test e modelli al fine di migliorare la gestione del rischio di CNP oppure al fine di migliorare i prodotti e servizi esistenti e crearne di nuovi.

La base giuridica per questa finalità di trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare; la tutela di tale interesse legittimo non sarebbe possibile senza utilizzare i tuoi Dati Personali.

5. **Sicurezza informatica.** Utilizzeremo i tuoi dati per la gestione e la sicurezza dell'infrastruttura IT di CNP.

La base giuridica per questa finalità di trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare; la tutela di tale interesse legittimo non sarebbe possibile senza utilizzare i tuoi Dati Personali.

D. Comunicazione dei tuoi Dati Personali

I Dati Personali per le finalità indicate sopra sub C., laddove necessario, saranno comunicati solamente a:

- a società Affiliate del gruppo CNP, dovendosi intendere per Affiliata una qualsiasi società, partnership o altra entità che controlli o sia controllata, direttamente o indirettamente, da CNP, incluso qualsiasi tipo di succursale, sede secondaria e ufficio di rappresentanza;
- agenti indipendenti, intermediari o broker, partner bancari e commerciali con i quali CNP ha un rapporto regolare;
- autorità finanziarie e giudiziarie, agenzie statali o enti pubblici come richiesto o ove consentito dalla legge;
- professionisti (e.g. avvocati, commercialisti, notai, auditors, consulenti)
- professionisti del settore sanitario
- società terze che si occupano di attività riguardanti la gestione del rischio assicurato o di attività di analisi statistica e attuariale;
- società dell'informazione e di assistenza informatica;
- a terzi che abbiano titolo, legalmente riconosciuto, a ricevere i tuoi dati personali (e.g. familiari, conviventi o rappresentati legali quali curatori, tutori, etc).

Questi soggetti potrebbero trattare i tuoi Dati Personali sia in qualità di Responsabili del trattamento, che in qualità di Titolari del trattamento autonomi, che in qualità di Contitolari del trattamento, a seconda dei casi. In ogni caso, i Responsabili del trattamento ai quali il Titolare delega particolari operazioni di trattamento sono stati selezionati accuratamente al fine di garantire la tutela dei tuoi diritti e la protezione dei tuoi Dati Personali.

Una lista completa dei soggetti ai quali, a vario titolo e per le finalità sopra indicate, il Titolare potrà comunicare i tuoi Dati Personali, può in ogni caso essere da te richiesta senza formalità al Titolare in qualsiasi momento.

E. Trasferimento dei Dati Personali al di fuori dell'Unione Europea

CNP assicura che i tuoi Dati Personali non saranno, in alcun modo, trattati o divulgati al di fuori dell'UE.

F. Durata della Conservazione dei tuoi Dati Personali

Il trattamento dei tuoi dati personali avviene attraverso mezzi e strumenti sia elettronici che manuali messi a disposizione dei soggetti che agiscono sotto l'autorità di CNP e allo scopo autorizzati e formati. I tuoi dati personali sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici. Gli archivi informatici si trovano all'interno dei confini dell'UE (e SEE) e non è prevista la loro connessione o interazione con database locati al di fuori di tali confini.

Salvo che la legge non disponga diversamente, conserviamo i tuoi dati personali per l'intera durata del contratto di polizza e per un termine ulteriore di 10 anni o 15 anni dall'estinzione del rapporto (a seconda dei termini di prescrizione dei diritti in relazione ai quali potremmo avere esigenza di difenderci o delle esigenze di conservazione imposte dalla normativa), se si tratta di dati necessari a dare esecuzione ai contratti di polizza o eseguire operazioni da te disposte/richieste o a soddisfare un nostro legittimo interesse.

Con riferimento ai dati precontrattuali, laddove il rapporto contrattuale non si sia perfezionato, gli stessi saranno conservati per un termine massimo di 12 mesi, al fine di consentirci di poter rispondere a tue specifiche richieste.

Infine, con riferimento ai tuoi dati personali trattati per finalità di marketing e/o profilazione, ove tu abbia dato il tuo consenso, e l'attività rientri in una ipotesi di cui al paragrafo sub C.6., li conserveremo fino a quando avremo in essere il rapporto contrattuale con te e per un ulteriore periodo di 12 mesi, salvo che non intervengano normative di dettaglio che definiscano termini inferiori.

G. Quali Sono i tuoi Diritti

I diritti da te esercitabili in relazione al trattamento dei tuoi Dati Personali sono quelli previsti dal RGPD, ed in particolare:

1. Il diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei tuoi Dati Personali, nonché informazioni sulle operazioni di trattamento effettivamente svolte ("Diritto di accesso");
2. Il diritto di ottenere dal Titolare la rettifica di Dati Personali inesatti ("Diritto di rettifica");
3. Il diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione di Dati Personali che non siano più necessari per le finalità perseguite, di quelli per i quali hai revocato il consenso al trattamento, di quelli per i quali hai esercitato il Diritto di opposizione, di quelli trattati illecitamente, o di quelli che devono essere cancellati al fine di adempiere un obbligo legale ("Diritto alla cancellazione");
4. Il diritto di ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento con riferimento a Dati Personali di cui sia contestata l'esattezza; a Dati Personali trattati illecitamente per i quali ti opponi alla cancellazione; a Dati Personali non più necessari in relazione alle finalità della raccolta, ma necessari a te per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; a Dati Personali in relazione ai quali hai esercitato il Diritto di opposizione, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei legittimi interesse del Titolare ("Diritto di limitazione di trattamento");
5. Il diritto di ottenere dal Titolare, laddove tecnicamente fattibile, la comunicazione o direttamente ad un altro titolare del trattamento dei tuoi Dati Personali, in un formato informatico di uso comune, limitatamente ai Dati Personali trattati sulla base del consenso o dell'esecuzione di un contratto ("Diritto alla portabilità dei dati");
6. Il diritto di opporsi al trattamento da parte del Titolare di Dati Personali il cui trattamento sia fondato sulla base giuridica del legittimo interesse del Titolare, nonché al trattamento dei Dati Personali per finalità di marketing diretto ("Diritto di opposizione").

H. Come puoi esercitare i tuoi diritti

1. Per l'esercizio dei diritti sub G. potrai inviare una comunicazione scritta al seguente indirizzo e-mail dedicato: dpo.it@cnpitalia.it

Oltre ai diritti di cui sopra, potrai in qualsiasi caso esercitare il diritto di proporre reclamo per qualsiasi questione riguardante il trattamento dei tuoi Dati Personali dinanzi all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

PAGINA BIANCA

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI AD USO FACOLTATIVO

Spett. CNP Assurances S.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6
20123 Milano

Il presente modulo è ad uso facoltativo ed è stato redatto al solo scopo di facilitare gli utenti del Servizio Clienti nella presentazione delle notifiche di sinistro. La notifica di sinistro potrà essere inoltrata alla Compagnia anche con comunicazione libera da parte degli interessati.

Io sottoscritto

in qualità di:

- Beneficiario
 Assicurato

presento la seguente denuncia di sinistro relativa alla

Polizza Collettiva n°

Proposta di Adesione n°

DATI DELL'ADERENTE

Cognome e Nome

C.F.

Ragione Sociale*

P.IVA*

Comune di Nascita

Prov.

Cap.

Comune di Residenza

Prov.

Cap.

Indirizzo

*da compilare solo in caso di Aderente persona giuridica

DATI DELL'ASSICURATO (se non coincide con l'Aderente)

Cognome e Nome

C.F.

Comune di Nascita

Prov.

Cap.

Comune di Residenza

Prov.

Cap.

Indirizzo

ISTRUZIONI

- › barrare la garanzia per la quale si richiede l'indennizzo, in relazione alle coperture assicurative contenute nel Pacchetto indicato nel Modulo di Proposta sottoscritto dall'Aderente;
- › allegare i relativi documenti richiesti, di seguito elencati.

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

DECESSO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- › Certificato di morte;
- › Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
- › Atto notorio e/o copia del Testamento, qualora esistente (in caso di Aderente Persona Fisica);
- › Copia del piano di ammortamento (in caso di Polizza abbinata ad un Finanziamento),
- › Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda (in caso di Aderente persona giuridica)

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- 1) Qualora il decesso 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.
- 2) Qualora il decesso sia determinato da malattia:
 - › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso;
 - › Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause.
- 3) Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:



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

PAGINA BIANCA