



ANTICIPO ASSICURATO

PERSONE FISICHE

COPERTURA ASSICURATIVA MULTIRISCHI
IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO
(COLLETTIVA N. 020000250/JVINCUGF01032)

CONTRATTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA
DEL TAVOLO TECNICO ANIA "CONTRATTI
SEMPLICI E CHIARI".

**IL PRESENTE SET INFORMATIVO DEVE ESSERE
CONSEGNATO ALL'ADERENTE/ASSICURATO
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL
MODULO DI PROPOSTA**

POLIZZA FACOLTATIVA

PAGINA BIANCA



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Anticipo Assicurato è la Polizza pensata per la protezione da eventi che possano limitare il rispetto dell'impegno assunto, indipendentemente dalla sua volontà, all'acquisto di un immobile; viene stipulata direttamente da CNP Sviluppo in qualità di Contraente al fine di consentire all'Aderente che decide di aderirvi, di beneficiare delle coperture assicurative in essa previste. COME SPECIFICATO NEL SET INFORMATIVO, è FACOLTATIVA.

In caso di premorienza e invalidità totale permanente le coperture acquistate intervengono con il pagamento delle somme corrisposte per la caparra confirmatoria e le commissioni di intermediazione immobiliare.

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



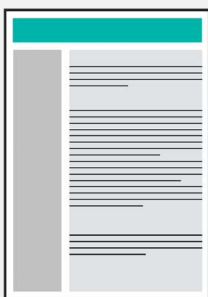
DIP DANNI

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni



DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

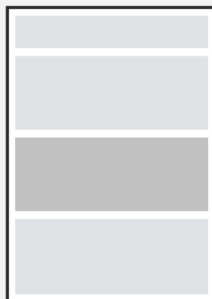
GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

CAPITOLO II – COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

ALLEGATO 2: 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 E/O TELEMATICA, COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E LA CONTRAENTE.

POLIZZA ANTICIPO ASSICURATO A PREMIO UNICO

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

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

Prodotto: Anticipo Assicurato

Il presente DIP Vita è aggiornato a Settembre 2021

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?

PACCHETTO A

✓ Decesso causato da infortunio o malattia.

Nel rispetto dei massimali previsti:

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

✗ I soggetti con età superiore a 70 anni compiuti a scadenza.

La copertura Decesso non è operante nel seguente caso:

✗ suicidio e tentativi di suicidio avvenuti nei termini previsti dalla normativa vigente.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:

- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 69 anni compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;



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 € 50.000 in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

! Il decesso (a seguito di malattia) avviene nei primi 30 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 ed è comprensivo dell'importo relativo l'attività di distribuzione svolta.

Il premio può essere corrisposto:

- con assegno,
- con bonifico,
- con carta di credito/debito.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura assicurativa Decesso ha una durata pari alla durata che intercorre tra la data di decorrenza indicata nella Lettera di Conferma fino alla stipula dell'atto di acquisto dell'immobile (Rogito) con un massimo di 6 (sei) mesi.

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 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;
- In caso di perfezionamento del Contratto di Vendita dell'immobile (rogito);
- Trascorsi 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza indicata nella Lettera di Conferma anche nel caso in cui l'atto di acquisto dell'immobile non sia stato perfezionato.



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

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.

In considerazione della durata massima di 6 mesi, ai sensi del punto 4 dell'art. 77 del CAP non è prevista la facoltà di recesso.

Il Contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio.



SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

La polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzioni.

POLIZZA ANTICIPO ASSICURATO A PREMIO UNICO

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

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

Prodotto: Anticipo Assicurato

Il presente DIP Danni è aggiornato a Settembre 2021

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La garanzia danni prevista dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alla garanzia vita Decesso, è dedicata alle persone fisiche. La garanzia assicura il pagamento del capitale assicurato nel caso in cui l'evento coperto colpisca l'Aderente/Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

PACCHETTO A

✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e 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;

- ✗ atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- ✗ sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- ✗ 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);
- ✗ gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:

- ✗ residenti in paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 69 anni compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ con età superiore a 70 anni compiuti a scadenza.

La copertura Invalidità Totale Permanente non è operante nei seguenti casi:

- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- ✗ mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

La Compagnia limita la prestazione:

! al capitale assicurato, con un massimo di € 50.000, in caso di invalidità totale permanente.

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 30 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 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.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



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 ed è comprensivo dell'importo a titolo di remunerazione per l'attività di distribuzione svolta.

Il premio corrisposto per le coperture danni è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%.

Il premio può essere corrisposto:

- con assegno;
- con bonifico;
- con carta di credito/debito.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura assicurativa danni ha una durata pari alla durata che intercorre tra la data di decorrenza indicata nella Lettera di Conferma fino alla stipula dell'atto di acquisto (Rogito) con un massimo di 6 (sei) mesi.

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 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;
- In caso di perfezionamento del Contratto di Vendita dell'immobile (rogito);
- Trascorsi sei mesi dalla data di decorrenza indicata nella Lettera di Conferma anche nel caso in cui l'atto di acquisto dell'immobile non sia stato perfezionato.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Non essendo previsto un tacito rinnovo delle coperture, non vi è diritto di disdetta.



POLIZZA ANTICIPO ASSICURATO 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: Anticipo Assicurato

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è aggiornato a Settembre 2021

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 e Invalidità Totale Permanente.

Sede Secondaria: Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via Bocchetto, 6, 20123; Milano, Italia.

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

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 autorizzata 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 Prudential – sito internet: www.banque-france.fr/acp

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa CNP Assurances S.A. al 31/12/2020

Patrimonio Netto = 12.872 milioni di euro - Capitale Sociale = 687 milioni di euro - Riserve Patrimoniali = 12.185 milioni di euro

In base all'ultimo bilancio approvato, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 16 mld di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 7,2 mld. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 35,3 mld di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura del Requisito Patrimoniale minimo è pari a 29,8 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 221%.

Al contratto si applica la legge italiana.

I termini utilizzati nel presente documento e nel Documento Informativo Precontrattuale assumono il significato ad essi attribuito nel documento di Polizza.



CHE COSA È ASSICURATO?

RAMO VITA

- Prestazione in caso di decesso

La garanzia Decesso a seguito di infortunio e malattia prevede una prestazione pari al capitale assicurato scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta (Composto dalla somma della caparra confirmatoria e le provvigioni di intermediazione immobiliare).

RAMO DANNI

- 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% (Tabella INAIL) entro 2 anni dall'infortunio ovvero dalla data di diagnosi della malattia, verificatesi durante il periodo contrattuale.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



CHE COSA NON È ASSICURATO?

RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dalle coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente 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, terrazziere, 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 E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE NON SONO OPERANTI NEI SEGUENTI CASI:

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici dell'Assicurato diagnosticati 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.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;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

	<p>11. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;</p> <p>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;</p> <p>13. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;</p> <p>14. conseguenze della pratica di 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;</p> <p>15. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive e/o lavorative pericolose su indicate;</p> <p>16. produzione e/o uso di esplosivi.</p>
--	---



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

RAMO VITA

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

RAMO 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 e Invalidità Totale Permanente devono essere tempestivamente denunciati per iscritto mediante posta oppure via e-mail ai seguenti recapiti:
	<p>CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Sinistri - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - sinistri@cnpitalia.it</p>
	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 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 la garanzia Invalidità Totale Permanente 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.
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	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle fornite nei DIP.
RIMBORSO	L'Aderente/Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nel caso di perdita dei requisiti di assicurabilità. La Compagnia restituirà il premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.
SCONTI	La polizza non prevede uno sconto di premio.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

DURATA	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle fornite nei DIP.
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	In considerazione della durata massima di 6 mesi, ai sensi del punto 4 dell'art 177 del CAP non è prevista la facoltà di recesso.
RISOLUZIONE	Il Contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio.



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 che possano limitare il rispetto dell'impegno assunto, indipendentemente dalla propria volontà.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

RAMO VITA E RAMO 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 al distributore, è pari alla seguente percentuale:

COSTI TOTALI	COSTI DI DISTRIBUZIONE	
	Quota parte dei costi percepita dal distributore in due prospettive alternative	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei costi totali (59,00%)
59,00 %	50,00 %	84,75 %



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	<p>I reclami riguardanti le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, fax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano - reclami@cnpitalia.it</p> <p>Le Compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
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:</p> <p style="text-align: center;">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).
-------------------	--

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET: 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, 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	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI.....	4
ART. 2	REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (requisiti di Adesione e assicurabilità).....	4
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	4
ART. 4	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	4
ART. 5	COME POTERSI ASSICURARE.....	4
ART. 6	CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	4
ART. 7	PREMIO	5
ART. 8	DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	5
ART. 9.1	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	5
ART. 9	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	5
ART. 10	OBBLIGO DI ASTENSIONE	5
ART. 11	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (Diritto di ripensamento)	5
ART. 12	PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ.....	5
ART. 12.1	MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ	6
ART. 13	BENEFICIARI	6
ART. 14	DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE	6
ART. 15	DENUNCIA DEL SINISTRO	6
ART. 16	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	6
ART. 17	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	6
ART. 18	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	7
ART. 19	IMPOSTE E TASSE	7
ART. 20	CLAUSOLA LIBERATORIA	7
ART. 21	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	7

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI

ART. 22	COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE	8
ART. 23	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA	8
ART. 24	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	9

ESCLUSIONI

ART. 25	ESCLUSIONI	10
ART. 25.1	ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE	10
ART. 25.2	ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.....	11

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 26	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	12
ART. 27	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO.....	12
ART. 28	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	13
ART. 29	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	13

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

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, come previsto dall'articolo 66 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (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.
- Coperture assicurative: 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 causata da infortunio o malattia.
- Indennizzo: La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
- Infortunio: L'evento dannoso dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. 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.
- Invalità Totale Permanente (ITP): 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.
 - Caparra confirmatoria: somma di denaro che l'Assicurato (Promissario Acquirente) versa al Promittente Venditore, all'atto della Proposta di acquisto ovvero all'atto del Preliminare di Compravendita, a titolo di garanzia per la finalizzazione del contratto di Acquisto.
 - Commissioni di Intermediazione: la percentuale sul valore di compravendita dell'Immobile spettante all'Agente immobiliare da parte dell'Assicurato per l'attività di intermediazione di acquisto. Sono escluse eventuali commissioni pagate dal Promittente Venditore.

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

- › **Contratto preliminare di compravendita (Compromesso)**: accordo con il quale le parti (Promissario Acquirente e Promittente Venditore) si impegnano a concludere il Contratto di compravendita di un immobile.
- › **Contratto di compravendita dell'immobile**: contratto che ha per oggetto il trasferimento della proprietà di un immobile verso il corrispettivo di un prezzo. Viene stipulato con atto pubblico redatto da Notaio che, con la sua qualità di pubblico ufficiale, garantisce l'identità delle parti, la legalità della forma dell'atto e la veridicità di quanto in esso dichiarato.
- › **Proposta di acquisto**: il documento fornito dall'Agente immobiliare contenente la dichiarazione della parte promissoria acquirente di voler acquistare un determinato immobile ad un prezzo determinato. La proposta di acquisto è accompagnata normalmente dal versamento di una somma corrisposta, a titolo di acconto, destinato a trasformarsi al compromesso in una Caparra confirmatoria.
- › **Rogito notarile**: atto definitivo della compravendita. È un atto pubblico redatto con le prescritte formalità, da un notaio con valore di prova legale dei fatti ed atti giuridici che il notaio stesso attesta essere avvenuti in sua presenza o da lui compiuti.

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. Se l'evento dannoso si verifica 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 relativa (per la sola garanzia ITP)**: la percentuale di danno che resta a carico dell'Aderente/Assicurato e che, solo se superata, darà diritto ad un indennizzo previsto dalla copertura assicurativa.
- › **Periodo di Franchigia assoluta**: il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta totalmente a carico dell'Aderente/Assicurato.
- › **Massimale**: la somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le coperture assicurative.

SOGGETTI



- › **Aderente/Assicurato**: la persona fisica che ha versato delle somme a titolo di caparra confirmatoria e intermediazione immobiliare per l'acquisto di un immobile, residente in Italia che presenta i requisiti di adesione e assicurabilità, che sottoscrive il Modulo di Proposta e che paga il premio.
- › **Beneficiario**: il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. Per la garanzia Invalidità Totale Permanente, 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.
- › **Cliente**: la persona fisica definita anche Aderente/Assicurato;
- › **Compagnia**: CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede legale 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**: CNP SVILUPPO S.R.L. (in qualità di Agente di Intermediazione) società iscritta alla sezione A del Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione e Riassicurazione al n. A000067075 con sede legale in Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano.
- › **IVASS**: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.

DOCUMENTI



- › **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- › **Contratto di Assicurazione**: contratto mediante il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato.
- › **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.

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

- > **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 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL", dall'Allegato 2 "Riferimenti Normativi", dal Fac simile del Modulo di Proposta, dall'Informativa sul trattamento dei dati personali e dal Modulo di Denuncia sinistri.
- > **Questionario Medico**: 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 24:00 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 24:00 del giorno in cui l'Aderente/Assicurato paga il premio.
- > **Periodo di copertura**: il periodo di tempo in cui le coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio.

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI



COPERTURE ASSICURATIVE



DECESSO



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dal Contraente con la Compagnia CNP Assurances S.A. per conto dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.

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

AVVERTENZA: la Polizza è facoltativa e non obbligatoria.

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

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

A fronte dell'adesione e del pagamento del premio, la Compagnia garantisce all'Aderente/Assicurato, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle coperture assicurative relative al Pacchetto assicurativo sottoscritto.

Si illustrano qui di seguito il Pacchetto assicurativo che può essere acquistato:

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	COPERTURE ASSICURATIVE	
Pacchetto A	TUTTI	 DECESSO Tutte cause	 ITP 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 PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ)

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

1. siano residenti in Italia;
2. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 69 compiuti;
3. abbiano un'età non superiore a 70 anni compiuti a scadenza;
4. abbiano compilato e sottoscritto il Questionario Medico e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia.

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

Nel caso di perdita del requisito trova applicazione quanto previsto l'ART. 12.

ART. 3 DICHIARAZIONI 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.

ART. 4 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, l'Aderente/Assicurato indicherà il capitale assicurato pari alla somma della Caparra Confirmatoria e le commissioni di intermediazione immobiliare, fermo restando un importo massimo assicurabile totale tra Caparra Confirmatoria e commissioni di intermediazione immobiliare pari a 50.000€.

ART. 5 COME POTERSI ASSICURARE

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad 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.

ART. 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

decorrenza delle coperture assicurative. L'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del premio.

ART. 7 PREMIO

Il premio varia in funzione dell'età assicurativa dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;

Il premio è unico e anticipato e comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alla copertura Invalidità Totale Permanente.

Il premio può essere corrisposto con 3 differenti modalità:

- > assegno;
- > bonifico;
- > carta di credito/debito.

Se il premio non viene pagato al momento dell'emissione della lettera di conferma, il Contratto di Assicurazione e le coperture assicurative restano inefficaci.

ART. 8 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La durata delle coperture è pari alla durata che intercorre tra la data di decorrenza fino alla stipula dell'atto di compravendita dell'immobile (Rogito). Il cliente dovrà comunicare l'avvenuto rogito e da quel momento decade la copertura, fermo restando la durata massima pari a 6 (sei) mesi.

L'assicurazione cessa i propri effetti alla data di perfezionamento dell'atto di compravendita dell'immobile (Rogito). Trascorsi 6 (sei) mesi, l'Assicurazione cessa i propri effetti anche nel caso in cui il Contratto di Vendita dell'immobile non sia stato perfezionato.

ART 8.1 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24:00 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.

ART. 9 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine:

- > 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;
- > in caso di perfezionamento dell'atto di compravendita dell'immobile (Rogito).

ART. 10 OBBLIGO DI ASTENSIONE

Qualora, preliminarmente all'emissione della polizza o in corso di contratto o in sede di liquidazione della prestazione assicurativa, l'Aderente/Assicurato o i Beneficiari non forniscano le informazioni utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di adeguata verifica della clientela (capo I D.lgs. 231/2007 e capo III Regolamento IVASS 44/2019), la Compagnia, ai sensi e per gli effetti degli art. 42 D.lgs 231/2007 e art. 42 Regolamento IVASS 44/2019, si astiene dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione ovvero valuta la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile.

ART. 11 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

In considerazione della durata massima di sei mesi, ai sensi del punto 4 dell'art 177 del CAP, la polizza non prevede modalità di recesso.

ART. 12 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, venisse meno il requisito di adesione e assicurabilità, relativo alla residenza sul territorio della Repubblica italiana, 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

La perdita del requisito di residenza in stato italiano determina la risoluzione del contratto di assicurazione; la Compagnia non interverrà perciò in nessun caso di sinistro.



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.



ATTENZIONE!

La perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità può dare luogo alla cessazione delle coperture, con corrispondente rimborso del premio per il periodo non goduto.

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

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà 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 è avvenuto il trasferimento di residenza in stato estero, sulla base della seguente formula:

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

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

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)

ART. 12.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Ai fini della liquidazione, la Compagnia effettuerà preventivamente controlli in merito alla permanenza del requisito 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 ART. 12, anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la perdita.

ART. 13 BENEFICIARI

I beneficiari sono gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi in parti uguali. L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di modificarli designando i Beneficiari per la copertura assicurativa Decesso in sede di sottoscrizione e può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione utilizzando l'apposita modulistica, 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 con le stesse modalità riportate sopra.

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. 14 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 25 punti 4 e 5, le coperture assicurative Decesso e Invalidità Totale Permanente valgono in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 15 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. 16 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 17 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.

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

Per la copertura assicurativa danni (Invalidità Totale Permanente), 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. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 19 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 20 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. 21 MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

CAPITOLO II

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

AVVERTENZA: Le coperture assicurative non operano 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 del Capitolo III.



DECESSO, TUTTE CAUSE

ART. 22 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

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto nel caso di sinistro dovuto a malattia, 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.

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se la morte è conseguente ad una malattia: ciò significa che, in questo caso, qualora il decesso a seguito di malattia avvenga entro 30 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 30 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 30 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 22.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- › L'indennizzo della copertura assicurativa 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;

ART. 23 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente di grado superiore al 65% (Tabella INAIL) causata da infortunio o malattia.

Indennizzo

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

AVVERTENZA: nel caso di premorienza dell'Aderente/Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dalla malattia o dall'infortunio o all'accertamento medico-legale dell'Impresa, per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli aventi diritto possano dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario l'Aderente/Assicurato 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.



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITP)

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

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

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

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

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

Il grado di invalidità totale permanente da 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.

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) di cui all'Allegato 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL", e successive modificazioni intervenute.

AVVERTENZA: 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 aventi diritto.

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 30 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 30 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 30 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 30 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 23.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- › l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso;

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

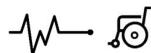


ART. 24 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	FRANCHIGIA	CARENZA
Decesso	massimo € 50.000	==	30 giorni (solo per malattia)
Invalidità Totale Permanente		65% (relativa)	30 giorni (solo per malattia)

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

CAPITOLO III ESCLUSIONI



ART. 25 ESCLUSIONI

Le coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente 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.viaggiasesicuri.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. 25.1 e ART. 25.2;
17. produzione e/o uso di esplosivi.



La copertura Invalidità Totale Permanente non è 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.

ART. 25.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

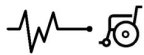
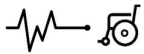
- a. Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo, Salti da trampolino con sci e idrosci, Sci nautico, Skiathlon;
- b. Bob (guidoslitta), Skeleton, Arrampicata, Bouldering, Scalata, Combinata nordica, Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning, Accesso ai ghiacciai, Rafting, Canyoning, Hydrospeed, 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;

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

- 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. 25.2 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, terrazziere, betoniere, rifinitore);
- d. Carpentieri 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 altiiforni;
- 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).



CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 26 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:

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

L'Aderente/Assicurato ovvero i suoi aventi diritto 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 che eserciti la professione medica in Italia.

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

ART. 27 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

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);
- > Copia del Testamento qualora esistente e/o Atto notorio da cui risulti che l'Assicurato sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio;
- > Copia del documento attestante il pagamento della caparra confirmatoria e le commissioni di intermediazione con indicazione dei relativi importi.

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.
- 4) Qualora il sinistro sia indennizzabile:
 - > Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

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);



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

- › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
 - › Copia del documento attestante il pagamento della caparra confirmatoria e le commissioni di intermediazione con indicazione dei relativi importi.
- 2) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da malattia:
- › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità totale permanente.
- 3) Qualora il sinistro sia indennizzabile:
- › Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

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.

Ove i Beneficiari non forniscano le informazioni utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di adeguata verifica (capo I D.lgs. 231/2007 e capo III Regolamento 44/2019 IVASS), la stessa, ai sensi e per gli effetti degli art. 42 D.lgs 231/2007 e art. 42 Regolamento 44/2019 IVASS, si astiene dall'eseguire l'operazione e valuta la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile,

AVVERTENZA: Nel caso di PREMORIENZA dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dalla Malattia o dall'Infortunio o all'accertamento medico-legale della Compagnia, per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli aventi diritto dell'assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

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

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 28 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 29 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 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

DEL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124

Di seguito viene riportata la Tabella INAIL utilizzata dalla Compagnia per determinare l'Indennizzo spettante all'Assicurato.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:		Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio			15%
Sordità completa bilaterale			60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio			35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi			40%
Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		Destro	Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale			8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale			18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace			11%
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace			30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite			25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica			15%
Per la perdita di un testicolo			0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola		50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola		40%	30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale		85%	75%
- per amputazione al terzo superiore		80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio		75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano		70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano		65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo		35%	30%
Perdita totale del pollice		28%	23%
Perdita totale dell'indice		15%	13%
Perdita totale del medio			12%
Perdita totale dell'anulare			8%
Perdita totale del mignolo			12%
Perdita della falange ungueale del pollice		15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice		7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio			5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare			3%
Perdita della falange ungueale del mignolo			5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice		11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio			8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare			6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo			8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:			
a. in semipronazione		30%	25%
b. in pronazione		35%	30%
c. in supinazione		45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione		25%	20%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a. in semipronazione	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

ALLEGATO 2: RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

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

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

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

art. 66 c.1 Regolamento IVASS n. 40/2018	Nei contratti in forma collettiva in cui gli aderenti sostengono in tutto o in parte, direttamente o indirettamente, l'onere del pagamento dei premi, le disposizioni degli articoli 55, 56 c.4, p34 i prodotti diversi dai prodotti d'investimento assicurativi, 57, 58, 60, 61 e 68 ter c.1, per i prodotti d'investimento assicurativi, si applicano nei confronti degli aderenti, oltre che del contraente. Gli obblighi di cui al presente comma sono adempiuti dal distributore, anche attraverso la collaborazione del contraente, fermo il dovere di vigilanza sull'operato di quest'ultimo di cui è responsabile. La consegna agli aderenti della documentazione precontrattuale e contrattuale è effettuata con le modalità scelte dal contraente ai sensi dell'articolo 120-quarter del Codice.
1892 c.c.	Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave 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 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 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

1901 c.c.	Mancato pagamento del premio 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

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 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 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 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 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 FACOLTATIVA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

PROPOSTA DI ADESIONE N° _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE/ASSICURATO

COGNOME E NOME	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
CODICE FISCALE	<input style="width: 20%;" type="text"/>	NATO IL	<input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>
		SESSO	<input style="width: 20%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 40%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
		NAZIONE	<input style="width: 20%;" type="text"/>
RESIDENTE IN	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
		CAP	<input style="width: 20%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 40%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
		NAZIONE	<input style="width: 20%;" type="text"/>
DOMICILIO IN	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
		CAP	<input style="width: 20%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 40%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
		NAZIONE	<input style="width: 20%;" type="text"/>
DOCUMENTO DI IDENTITÀ	<input style="width: 30%;" type="text"/>	N°	<input style="width: 40%;" type="text"/>
ENTE DI RILASCIO	<input style="width: 30%;" type="text"/>	EMISSIONE	<input style="width: 40%;" type="text"/>
		SCADENZA	<input style="width: 40%;" type="text"/>
CITTÀ	<input style="width: 40%;" type="text"/>	PROV.	<input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>
		NAZIONE	<input style="width: 20%;" type="text"/>
TEL.	<input style="width: 20%;" type="text"/>	E-MAIL	<input style="width: 60%;" type="text"/>

B. DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO E AL CAPITALE ASSICURATO

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO A	DECESSO tutte cause INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio e malattia

CAPITALE ASSICURATO €

DURATA DELLA POLIZZA: durata che intercorre tra la data di decorrenza indicata nella lettera di conferma fino alla stipula dell'atto di compravendita (Rogito) con un massimo di 6 (sei) mesi

C. DATI RELATIVI AL PREMIO

PREMIO UNICO LORDO* € di cui imposte €

D. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di essere residente in Italia;
- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- di aver compreso che la Polizza, è FACOLTATIVA e NON OBBLIGATORIA,
- 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.

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 15 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;
- delle seguenti **AVVERTENZE: 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;**
- 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 prende atto che la Compagnia ha conferito al Contraente apposito mandato all'incasso. L'unica modalità di pagamento prevista è in un'unica soluzione. Il premio può essere versato esclusivamente con le seguenti modalità: Bonifico, Assegno o Carta di Credito/Debito.

RAZIONE SOCIALE DEL BENEFICIARIO

CNP SVILUPPO S.R.L.

IBAN DEL BENEFICIARIO

IT 16 N 08440 01600 000000077498

F. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

- Gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi in parti uguali
- Soggetti in forma nominata da designare con specifica comunicazione alla Compagnia

G. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

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

- SI (da designare con specifica comunicazione alla Compagnia)
- NO

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 e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Vita, DIP Danni, DIP Aggiuntivo Multirischi, le Condizioni di Assicurazione, il Fac-simile del Modulo di Proposta e del Modulo di Consenso dell'Assicurato, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e il Modulo di Denuncia sinistri;
- di aver 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 PER POTERSI ASSICURARE (requisiti di Adesione e assicurabilità), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 8 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 9 TERMINI DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 10 OBBLIGO DI ASTENSIONE, ART. 11 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (Diritto di ripensamento) ART. 12 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 20 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 22 COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE, ART. 23 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 25 ESCLUSIONI, ART. 25.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 25.2 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 dal distributore, 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 i 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 PERSONE FISICHE

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento o GDPR") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

CNP ASSURANCES e CNP CAUTION, compagnie di assicurazioni operanti in Italia in regime di stabilimento, entrambe con sede legale in via Bocchetto n.6, 20123 Milano, in qualità di Titolari del Trattamento (di seguito anche le "Compagnie" o i "Titolari") trattano i Suoi Dati Personali per le finalità riportate nella Sezione 3 della presente informativa.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Sia CNP ASSURANCES, sia CNP CAUTION hanno nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: dpo.it@cnpitalia.it

SEZIONE 3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

Al fine dell'espletamento in Suo favore delle attività di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, nonché di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui le Società sono autorizzate ai sensi delle attuali disposizioni normative, le Società devono disporre dei dati personali che La riguardano, raccolti presso di Lei o presso altri soggetti, e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative, secondo le molteplici e ordinarie attività e modalità operative dell'assicurazione.

In particolare, le Società potrebbero venire a conoscenza dei Suoi Dati Personali nell'ambito della gestione del contratto di assicurazione in qualità:

- > di Aderente;
- > di Assicurato;
- > di Beneficiario o di Referente terzo.

I Dati Personali sono acquisiti direttamente da Lei, in qualità di interessato, o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e sono trattati dalle Società nell'ambito delle finalità di seguito dettagliate.

Categorie di Dati Personali

Fra i Dati Personali che le Società trattano rientrano, a titolo esemplificativo, i dati anagrafici, i dati derivanti dai servizi web e i dati derivanti dalle disposizioni di pagamento dei soggetti interessati dal contratto assicurativo (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario, familiari del contraente o dell'assicurato richiedente il preventivo, danneggiati, terzi pagatori e/o eventuali loro legali rappresentanti). Tra i dati trattati potrebbero esservi anche i dati definiti particolari di cui alla Sezione 7 della presente Informativa.

Per qualsiasi altra informazione relativamente al trattamento dei dati svolto dalle Società può fare riferimento al sito internet www.cnpitalia.it

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che La riguardano, da Lei comunicati alle Società o raccolti presso soggetti terzi (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalle Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

- > Obblighi contrattuali e misure precontrattuali
Il conferimento dei Suoi Dati Personali necessari per prestare i servizi richiesti ed eseguire i contratti (ivi compresi gli atti in fase precontrattuale) non è obbligatorio, ma il rifiuto a fornire tali Dati Personali comporta l'impossibilità per le Società di adempiere a quanto richiesto.
- > Obblighi Normativi/Legali
Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso. Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale; la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso; la normativa inerente alla prevenzione delle frodi).
- > Legittimo interesse del Titolare
Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario per perseguire un legittimo interesse delle Società, ossia:
 - per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;

¹ I soggetti terzi, presso i quali i Suoi Dati Personali possono essere raccolti sono a titolo esemplificativo:

- l'intermediario/distributore
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- Autorità Giudiziarie e Forze di Polizia.

- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso le Società potranno trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali e non è richiesto il Suo consenso.

Trattamento dei dati personali da parte dei dipendenti delle Società

Ai dipendenti delle Società, è consentito l'accesso ai Suoi Dati Personali nella misura e nei limiti in cui esso è necessario per lo svolgimento delle attività di trattamento che La riguardano.

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

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che le Società comunichino i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

1. **Società controllate e collegate a CNP Assurances e a CNP Caution** residenti tutte nella comunità europea.
2. **Soggetti del settore assicurativo:** (società, liberi professionisti, etc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; - agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo delle Società ivi compresa la posta elettronica); - società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; - società di servizi per il controllo delle frodi; - società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti; - società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari delle Società, che svolgono per conto di quest'ultime attività di consulenza e assistenza; - soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, etc.); - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consortiate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
3. **Autorità** :(ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc.) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa), Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine.

Le Società controllate e collegate a CNP Assurances e a CNP Caution ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali:

- > Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali;
- > Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare

L'elenco aggiornato dei soggetti individuati come Titolari e Responsabili è disponibile presso la sede delle Società.

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalle Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge.

In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui Lei è parte; ovvero per 24 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

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

SEZIONE 7 - TRATTAMENTO DI CATEGORIE PERSONALI DI DATI PARTICOLARI

Le Società, per adempiere agli obblighi previsti dal presente contratto, tratteranno categorie particolari di Dati Personali con particolare riferimento ai dati relativi al Suo Stato di salute. Tali categorie di Dati Personali verranno acquisiti sia in sede di sottoscrizione del contratto che in sede di liquidazione dei sinistri. Per il trattamento di tali dati chiederemo il Suo Consenso esplicito così come previsto dalle

disposizioni Regolamentari. Purtroppo, in caso di rifiuto a fornire il Consenso non potremo dar seguito al contratto o alla prestazione da Lei richiesta.

SEZIONE 8 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti dei Titolari i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto agli indirizzi e-mail: dpo.it@cnpitalia.it o a mezzo posta all'indirizzo CNP Assurances, S.A e CNP Caution S.A. – via Bocchetto 6 20123, Milano.

Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa. Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalle Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente.

Cercheremo di rispondere alle Sue richieste entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse, tali tempistiche potranno arrivare ad un massimo di 45 giorni, qualora la richiesta sia particolarmente complessa, sempre nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa.

Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, le Società potranno addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

› **Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere dalle Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati, etc.

Se richiesto, le Società Le potranno fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie le Società potranno addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalle Società in un formato elettronico di uso comune.

› **Diritto di rettifica**

Lei potrà ottenere dalle Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

› **Diritto alla cancellazione**

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento. La informiamo che le Società non potranno procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

› **Diritto di limitazione di trattamento**

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali Le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché le Società non ne abbiano più bisogno ai fini del trattamento.

› **Diritto alla portabilità**

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà: - richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet); - trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Società. Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalle Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per le Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

› **Diritto di opposizione**

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione). Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, le Società si asterranno dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

› **Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali**

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente. Le modalità operative per effettuare il reclamo all'Autorità Garante sono descritte dettagliatamente descritte sul proprio sito internet: www.garanteprivacy.it

OGNI AGGIORNAMENTO DELLA PRESENTE INFORMATIVA LE SARÀ COMUNICATO TEMPESTIVAMENTE E MEDIANTE MEZZI CONGRUI. LA INFORMEREMO ANCHE QUALORA LE SOCIETÀ TRATTERANNO I DATI PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE QUI SPECIFICATE.

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. _____

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);
- > Copia del Testamento qualora esistente e/o Atto notorio da cui risulti che l'Assicurato sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio. (in caso di aderente persona fisica);
- > Copia del documento attestante il pagamento della caparra confirmatoria e le commissioni di intermediazione con indicazione dei relativi importi;

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:
 - > Copia della cartella clinica;
- 4) Qualora il sinistro sia indennizzabile:
 - > Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

> **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**



PAGINA BIANCA



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES

Via Bocchetto 6
20123 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO

portafoglio@cnpitalia.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri@cnpitalia.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

