



PROTEZIONE MUTUO EASY E FULL

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

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **Nota Informativa**
- **Informativa sulla Privacy**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Glossario**
- **Modulo di Adesione (Fac Simile)**

deve essere consegnato all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

relativa alla Polizza Collettiva N. 020000163
Data ultimo aggiornamento Luglio 2017

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema previsto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS medesima.

Il Contraente e l'Aderente/Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è Facoltativa.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CNP ASSURANCES SA**
- A.bis INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CNP CAUTION SA**
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE**
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
- E. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CNP ASSURANCES SA

1. Informazioni Generali

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 presente Polizza Collettiva relative al **Decesso, Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea.**

Sede Legale

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

Sede Secondaria

Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Milano Via Albricci, 7 - 20122, Italia, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 04341440966.

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

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

Recapiti: Tel. 800.222.662 Fax 02 72 60 11 50

Indirizzo di posta elettronica: info@cnpitalia.it

Sito internet: www.cnpitalia.it

PEC: cnp@pec.cnpitalia.it

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Situazione patrimoniale di **CNP Assurances S.A.**

Patrimonio netto (*capitaux propres*) = Euro 9.898.162.089

Capitale sociale = Euro 686.618.477

Riserve patrimoniali = Euro 9.211.543.612

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 188%.

A.bis INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CNP CAUTION SA

1.bis Informazioni Generali

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

Sede Legale

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

Sede Secondaria

Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Milano Via Albricci, 7 - 20122, Italia, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 09244420965.

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

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

Recapiti: Tel. 800.222.662 Fax 02 72 60 11 50

Indirizzo di posta elettronica: info@cnpitalia.it

Sito internet: www.cnpitalia.it.

PEC: cnpcaution@pec.cnpcaution.it

2.bis Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Situazione patrimoniale di **CNP CAUTION S.A.**

Patrimonio netto = Euro 454.421.799

Capitale sociale = Euro 258.734.553

Riserve patrimoniali = Euro 195.687.246

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 378%.

I dati riportati delle due Compagnie sono relativi all'ultimo bilancio approvato (31 dicembre 2016).

E' possibile consultare gli aggiornamenti sul sito internet di CNP: www.cnpitalia.it

Per esigenze di semplicità, CNP ASSURANCES S.A. e CNP CAUTION S.A. sono di seguito indicate collettivamente anche CNP o Compagnia/e o Assicuratore/i.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

Il presente Contratto di Assicurazione è ad **adesione FACOLTATIVA** e prevede Garanzie Danni e Garanzie Vita offerte in PACCHETTI ASSICURATIVI come illustrato nella Tabella che segue.

La durata delle Coperture inserite nei PACCHETTI ASSICURATIVI segue la durata del Mutuo al quale sono abbinare e non prevede tacito rinnovo. Per maggiori dettagli si rimanda all'art.9 "DECORRENZA E TERMINE DELLE GARANZIE" delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Con la presente Polizza Collettiva la Compagnia si impegna, nel periodo di efficacia della Copertura Assicurativa, verso gli Aderenti/Assicurati che hanno aderito alla medesima, a riconoscere in caso di sinistro determinate prestazioni, pari al debito residuo o alla rata mensile del Mutuo, nei limiti e alle modalità previste e disciplinate dalle Condizioni di Assicurazione.

3.1 Descrizione Sintetica delle Garanzie offerte

Il Contratto prevede le seguenti Prestazioni Assicurative Vita e Danni fornite da **CNP Assurances S.A.**:

- a) Prestazione in caso di Decesso da Infortunio e Malattia**
- b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (per il Pacchetto A)**
- c) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio (per i pacchetti B, C e D)**
- d) Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia**
- e) Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia**
- f) Prestazione in caso di Malattia Grave**

La Polizza prevede altresì la seguente prestazione Danni fornita da **CNP Caution S.A.**:

g) Prestazione in caso di Perdita d'Impiego

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, verrà proposto all'Aderente/Assicurato uno dei Pacchetti Assicurativi che maggiormente soddisfa le sue esigenze di tutela.

Si illustrano qui di seguito i Pacchetti assicurativi che possono essere sottoscritti alternativamente dall'Aderente/Assicurato in funzione:

- della durata del contratto di Mutuo stipulato.
- dello Stato lavorativo dell'Aderente/Assicurato al momento dell'adesione

Pacchetti Assicurativi	Durata	Target Assicurabile	Tipo Coperture
Pacchetto A	Durata/Durata Residua Finanziamento con un massimo di 30 anni	TUTTI	DECESSO da Infortunio o da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio o da Malattia (Garanzia Danni)

<p>Pacchetto B</p>	<p>Durata/Durata Residua Finanziamento Inferiore o pari a 120 mesi</p>	<p>Solo Dipendenti Privati con contratto ≥ 16 ore settimanali</p>	<p>DECESSO da Infortunio o da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + PERDITA D'IMPIEGO (Garanzia Danni)</p>
<p>Pacchetto C</p>	<p>Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi</p>	<p>Lavoratori di tutte le altre categorie lavorative/professionali diverse dal Dipendente Privato o Non Lavoratori</p>	<p>DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni) + INABILITA' TOTALE TEMPORANEA Da Infortunio o Malattia (Garanzia Danni)</p>
<p>Pacchetto D</p>	<p>Durata/Durata Residua Finanziamento Superiore a 120 mesi con un massimo di 30 anni</p>	<p>TUTTI</p>	<p>DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)</p>

Per gli aspetti di dettaglio delle Prestazioni Assicurate si rinvia alla Parte II delle Condizioni di Assicurazione:

Prestazioni della Copertura DECESSO: artt. 32 – 33 – 34

Prestazioni della Copertura INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: artt. 35 e 36

Prestazioni della Copertura INABILITA' TEMPORANEA TOTALE: artt. 37 – 38 – 39 – 40

Prestazioni della Copertura RICOVERO OSPEDALIERO: artt. 41 – 42 – 43 – 44

Prestazioni della Copertura MALATTIA GRAVE artt. 45 – 45.1

Prestazioni della Copertura PERDITA D'IMPIEGO: artt. 46 – 47 – 47.1 – 48

AVVERTENZA

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili ossia: non è possibile attivare contemporaneamente due Coperture Assicurative nello stesso momento in quanto l'Indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

AVVERTENZA - Limiti, Massimali, Esclusioni, Franchigie e Carenze

Si evidenzia che le Condizioni di Assicurazione prevedono delle limitazioni che sospendono o rendono inoperanti le Coperture Assicurative. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

- **art.2 (Capitale Assicurato iniziale e Massimali), che disciplina i "Massimali" previsti in relazione alla Copertura Assicurativa (vale a dire la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le relative garanzie);**
- **art. 12 ("Limiti assuntivi – Formalità di Assunzione"), che disciplina i limiti d'età per poter sottoscrivere la Copertura Assicurativa;**
- **artt. 38, 42 e 47.1 ("Periodo di Franchigia"), che regolamentano il "Periodo di Franchigia" applicabile alle garanzie per Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego (vale a dire il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile, l'Assicurato non ha diritto ad alcun indennizzo);**
- **artt. 34, 36, 39, 43, 45.1 e 47 ("Carenza"), che regolamentano il periodo di "Carenza" applicabile alle garanzie per Decesso da malattia, Invalidità Totale Permanente da malattia, Inabilità Temporanea Totale da malattia, Ricovero Ospedaliero da malattia, Malattia Grave e Perdita d'Impiego, (vale a dire il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale le garanzie non sono operative);**
- **artt. 40, 44 e 48 ("Denunce successive") che regolamentano il "Periodo di riqualificazione" applicabile alle garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego (vale a dire l'intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo);**
- **art.49 ("Esclusioni"), che disciplina le specifiche limitazioni all'operatività delle Coperture Assicurative.**

Le Garanzie prevedono le seguenti franchigie:

- **INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:** franchigia pari a 30 giorni
- **RICOVERO OSPEDALIERO:** franchigia pari a 7 giorni
- **PERDITA D'IMPIEGO:** franchigia pari a 30 giorni
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE:** franchigia del 65%

Le Garanzie prevedono i seguenti periodi di carenza:

- **DECESSO:** 60 giorni solo per malattia
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE:** applicabile solo al Pacchetto A: 60 giorni solo per malattia
- **INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:** 60 giorni solo

- per malattia
- **RICOVERO OSPEDALIERO:** 60 giorni solo per malattia
- **PERDITA D'IMPIEGO:** 90 giorni
- **MALATTIA GRAVE:** 90 giorni

Le Garanzie prevedono i seguenti massimali:

- **DECESSO:** debito residuo con un massimo di € 500.000
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:** debito residuo con un massimo di € 500.000
- **INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:** massimo 12 rate mensili per sinistro e massimo 36 per contratto.
Il limite della rata mensile è pari a € 2.000
- **RICOVERO OSPEDALIERO:** massimo 12 rate mensili per sinistro e massimo 36 per contratto. Il limite della rata mensile è pari a € 2.000
- **PERDITA D'IMPIEGO:** massimo 12 rate mensili per sinistro e massimo 36 per contratto. Il limite della rata mensile è pari a € 2.000
- **MALATTIA GRAVE: 12 rate mensili in caso di sottoscrizione del Pacchetto C o 8 rate mensili in caso di sottoscrizione del Pacchetto D.** Il limite della rata mensile è pari a € 2.000

ESEMPI - di Franchigia, Carenza, Massimale

La Franchigia è un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Periodo di Franchigia di 30 giorni, la Prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della copertura.

La Carenza è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione, durante il quale l'efficacia della copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una Carenza di 60 giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Il Massimale è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui il valore della rata mensile da rimborsare in caso di sinistro, così come comunicata dall'Istituto, sia pari a € 3.000, l'Assicuratore corrisponderà un Indennizzo di importo pari al massimale di polizza ovvero € 2.000.

ESEMPI – in relazione a Coperture e indennizzi

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Aderente/Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di massimali, franchigie e carenze:

Garanzia: Invalidità Totale Permanente

Postumi da invalidità totale permanente da infortunio (o malattia per coloro che hanno sottoscritto il Pacchetto A) valutati pari al 66%.	Liquidato indennizzo pari al debito residuo del mutuo alla data dell'evento
Postumi da invalidità totale permanente valutati pari al 56%	Nessun indennizzo liquidato

Garanzia: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia

Inabilità Temporanea Totale pari a 25 giorni	Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia (30 giorni).
Inabilità Temporanea Totale pari a 34 giorni e successiva, solo se la causa dell'Inabilità è la malattia, ai 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa	Se la rata è in scadenza tra il 31° e il 34° giorno di Inabilità certificata, liquidazione di una rata mensile di importo come da piano di ammortamento comunicato dall'Istituto con il limite di € 2.000. Se la rata è in

	scadenza dopo il 34° giorno nessun indennizzo liquidato in quanto l'Assicurato non è più in stato di Inabilità.
Inabilità Temporanea Totale pari a 15 mesi	Liquidazione di 12 rate mensili scadenti dopo il 31° giorno.

Garanzia: Ricovero Ospedaliero

Ricovero Ospedaliero pari a 6 giorni	Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia (7 giorni).
Ricovero Ospedaliero pari a 15 giorni e successivo, solo se la causa del ricovero è la malattia, ai 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa	Se la rata è in scadenza tra l'8° e il 15° giorno di Ricovero, liquidazione di una rata mensile di importo come da piano di ammortamento comunicato dall'Istituto con il limite di € 2.000. Se la rata è in scadenza successivamente al 15° giorno nessun indennizzo liquidato.
Ricovero Ospedaliero pari a 15 mesi	Indennizzo liquidato pari a 12 rate mensili come da piano di ammortamento comunicato dall'Istituto, con il limite di € 2.000 per singola rata mensile.

Garanzia: Perdita d'Impiego

Perdita d'Impiego per chiusura dell'azienda successiva al periodo di 90 giorni (carenza) dalla data di decorrenza del contratto	Liquidazione delle rate mensili, fino ad un massimo di 12, di importo come da piano di ammortamento comunicato dall'Istituto con il limite di € 2.000, in scadenza dopo 30 giorni dalla data del licenziamento (franchigia) nel perdurare dello stato di disoccupazione.
Perdita d'Impiego per dimissioni del dipendente	Nessun indennizzo liquidato
Perdita d'Impiego nei primi 90 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa	Nessun indennizzo liquidato

4. Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Ai fini della stipula della Copertura Assicurativa l'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio, ai sensi dell'art. 31 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

La mancata osservanza di tale obbligo può comportare gravi conseguenze e compromettere il diritto alla prestazione.

AVVERTENZA

Si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla compilazione del "Questionario Medico Semplificato" ovvero alla compilazione del "Questionario Medico Completo".

5. Premi

L'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Aderente/Assicurato di un **premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione. Il premio è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione della durata del Mutuo e del PACCHETTO ASSICURATIVO sottoscritto.

L'importo del Premio può essere finanziato, cioè aggiunto all'importo di Mutuo richiesto o può essere versato mediante addebito in conto corrente a fronte dell'autorizzazione rilasciata all'Istituto da parte dell'Aderente/Assicurato, contenuta nel Modulo di Adesione. L'incasso di tale somma da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

Il premio unico relativo alle coperture assicurative risulterà esplicitato nel Modulo di Adesione.

Se il premio non viene pagato contestualmente all'emissione della Lettera di Conferma la polizza non si perfeziona e l'efficacia della Copertura Assicurativa non decorre.

Tassi di Premio lordo imposte

Durata del Mutuo (in mesi)	PACCHETTO A	PACCHETTO B	PACCHETTO C	PACCHETTO D
Fino a 120	3,1680%	7,8729%	6,1061%	XXXX
Da 121 a 180	5,6550%	XXXX	XXXX	7,3587%
Da 181 a 240	7,2124%	XXXX	XXXX	9,0043%
Da 241 a 300	8,9520%	XXXX	XXXX	10,7392%
Da 301 a 360	9,4938%	XXXX	XXXX	11,2863%

* comprensivi di imposte pari al 2,50% da applicarsi alle sole garanzie Danni

Il Premio presenta i seguenti costi, meglio dettagliati nella Sezione C della presente Nota informativa:

Costi Totali	Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
	In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali (68%)
68,00%	50,00%	73,53%

Si precisa che il 50,00% del Premio al netto imposte (€ 50,00 per ogni € 100,00 di premio netto imposte) è in media corrisposto all'intermediario a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione della Polizza.

AVVERTENZA: si precisa che in caso di estinzione anticipata totale, accollo o trasferimento del Mutuo, la Compagnia estinguerà le coperture Assicurative e provvederà a rimborsare la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduta, salvo che l'Aderente/Assicurato esprima la propria volontà di mantenere in vigore la Polizza fino alla scadenza contrattuale iniziale.

Si rinvia all'art 11 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: si precisa che in caso di estinzione anticipata parziale, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo, e provvederà a rimborsare la quota parte di premio pagato e non goduto nella misura corrispondente alla quota estinta, salvo che l'Aderente/Assicurato esprima la propria volontà di mantenere in vigore la Polizza alle condizioni originariamente sottoscritte.

Si rinvia all'art 10 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

I costi effettivamente sostenuti dall'Aderente/Assicurato sono rappresentati dal premio – calcolato in conformità a quanto di seguito indicato – e dagli oneri per eventuali visite/esami medici richiesti dalla Compagnia in fase di assunzione.

6.1 Costi gravanti sul premio

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione**, già incluso nei tassi di premio e comprensivo della quota retrocessa all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

Decesso	Invalità totale Permanente	Inabilità Totale Temporanea	Ricovero Ospedaliero	Perdita d'Impiego	Malattia Grave
68%	68%	68%	68%	68%	68%

Il costo è calcolato sul Premio Unico versato al netto delle imposte.

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

Nella tabella successiva viene riportata la **quota parte retrocessa all'Istituto** per l'attività di intermediazione svolta, calcolata sul Premio Unico versato al netto delle imposte e in relazione ai Costi Totali:

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi totali
50%	73,52%

7. Sconti

Il premio della Garanzia Vita (DECESSO) non è soggetto a sconti.

Per le altre Garanzie Danni, in ragione della durata poliennale del contratto, è stata riconosciuta una riduzione pari all'8,8% del premio medesimo.

AVVERTENZA

Al riguardo si rammenta che, ai sensi dell'art.1899 cod. civ. l'esercizio del diritto di recesso non è consentito nei primi 5 anni di vita del contratto fatto salvo il recesso nei 60 giorni dalla decorrenza della Copertura assicurativa (data di stampa della Lettera di Conferma) e i casi di estinzione anticipata del Mutuo. Si rimanda per i dettagli all'art. 15.1 "Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato dalle Garanzie Danni" delle Condizioni di Assicurazione.

8. Regime Fiscale

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni; i premi delle assicurazioni per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%.

9. Tassazione delle somme assicurate

Come da disposizioni vigenti alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme corrisposte per il caso di Decesso e Invalità Totale Permanente non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.

10. 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"). Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta. Per i percettori di redditi da lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.

Nel caso in cui il beneficiario nominato per la polizza sia un soggetto con disabilità grave, ai fini della certificazione del premio detraibile, il contraente dovrà presentare alla Compagnia copia della certificazione attestante lo stato di grave disabilità del beneficiario, verificato secondo le modalità stabilite dall'articolo 4 della legge n. 104 del 1992.

L'Aderente avrà inoltre l'obbligo, in corso di contratto, di comunicare tempestivamente alla Compagnia, l'eventuale modifica delle condizioni di grave disabilità del beneficiario.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

11. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso (perfezionato) nel giorno in cui l'Aderente/Assicurato riceve la Lettera di Conferma come accettazione della proposta di adesione alla Polizza Collettiva (Modulo di Adesione) e, comunque, a seguito del pagamento del premio dovuto.

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di attivazione indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando il pagamento del premio contrattualmente previsto.

12. Risoluzione del contratto

Il contratto si risolve con effetto immediato, al verificarsi di un evento tra quelli di seguito elencati:

- recesso dal contratto;
- decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata del contratto;
- liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato;
- termine del periodo di ammortamento inizialmente stabilito;
- perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata, in tal caso la risoluzione riguarderà solo la Garanzia Perdita d'Impiego;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa)
- risoluzione per mancato pagamento del premio ai sensi dell'Art.13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

13. Riscatto

Il contratto non prevede la possibilità di riscatto o di riduzione.

14. Revoca della Proposta

L'Aderente/Assicurato ha il diritto di revocare la propria proposta – formulata mediante sottoscrizione dell'apposito Modulo di Adesione – fino al momento in cui non sia venuta a conoscenza dell'accettazione da parte di CNP.

L'Aderente/Assicurato deve chiedere la revoca della proposta direttamente a CNP, mediante comunicazione scritta contenente gli elementi identificativi della propria posizione indirizzata a:

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio

Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02 / 72.60.11.51
portafoglio@cnpitalia.it

Le somme eventualmente pagate dall'Aderente/Assicurato devono essere restituite da CNP entro trenta giorni dalla notifica della revoca

15. Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato

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

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

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

15.1 Diritto di recesso dell'Aderente/Assicurato dalle Garanzie Danni

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

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

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

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

La Compagnia restituirà all'Aderente/Assicurato la quota parte di Premio relativa alle garanzie danni corrispondente al periodo di copertura non goduto, calcolata come riportato all'Art. 15.1 delle Condizioni di Assicurazione.

15.1.1 Facoltà di Recesso della Compagnia dalla Garanzia Vita

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

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

L'eventuale recesso della Compagnia, dalla Copertura Vita, verrà comunicato all'Aderente/Assicurato entro 30 giorni prima della scadenza dell'annualità. L'assenza di invio, e quindi la mancata ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato di tale

comunicazione, dovrà intendersi come rinuncia della Compagnia di recedere e proseguimento tacito della Polizza con la sola Copertura Vita.

Per maggiori dettagli si rinvia all'art.15.1.1 delle Condizioni di Assicurazione.

15.2 Diritto di Recesso della Compagnia

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

16. Prescrizione

Il Codice Civile (Art. 2952) dispone che, per le assicurazioni danni (garanzie prestate da CNP ASSURANCES S.A. e CNP CAUTION S.A.), i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

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

17. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

18. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

E. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI - COMUNICAZIONI

19. Sinistri

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

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

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

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

CNP CAUTION SA
Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Sinistri
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

Documentazione da consegnare alla Compagnia per la valutazione del sinistro

In caso di denuncia di Sinistro riguardante tutte le garanzie, il Beneficiario deve osservare i termini e le modalità specificati nell'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione, che riporta l'elenco della documentazione necessaria per valutare il sinistro.

La Compagnia si impegna a liquidare il sinistro entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa che comprovi secondo i termini di polizza, il sinistro denunciato. Per maggiori dettagli sulle modalità di liquidazione dei sinistri si rinvia all'Art. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il beneficiario si impegna a cooperare in buona fede con la Compagnia fornendo tutta la documentazione di carattere medico-sanitario riferita al sinistro che sia già in proprio possesso.

20. Reclami

Le compagnie sono competenti per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia durante la sua attività di distribuzione.

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

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.50
reclami@cnpitalia.it

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

CNP CAUTION S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.50
reclami@cnpitalia.it

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

I reclami riguardanti il comportamento tenuto dagli intermediari Banche durante l'attività di distribuzione devono essere inoltrati direttamente a questi ultimi presso i recapiti forniti nell'informativa: "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" contenuta nel c.d. modulo 7B.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, a mezzo posta

oppure via fax allo 06.42.133.745 o 06.42.133.353. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

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

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

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

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

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

21. Informativa in corso di contratto

Le Compagnie si impegnano a pubblicare sul proprio sito internet www.cnpitalia.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni, contenute nel presente Fascicolo Informativo, non derivanti da innovazioni normative.

Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di effettuare alcuna altra comunicazione.

Le Compagnie si impegnano a comunicare per iscritto, all'Aderente/Assicurato e alla Contraente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa che dovessero intervenire in corso di contratto a seguito di modifica della legislazione applicabile.

22. Comunicazioni dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia

AVVERTENZA

Qualora in corso di contratto l'Aderente/Assicurato cambi il proprio stato di Lavoratore Dipendente di Azienda Privata assumendo una posizione lavorativa rientrante nelle Altre Categorie Diverse dal Dipendente di Azienda Privata, l'Aderente/Assicurato deve dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Albricci, 7 – 20122 Milano

Fax: 02 / 72.60.11.51

portafoglio@cnpitalia.it

23. Conflitti di interesse

CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. non hanno rapporti di partecipazione ovvero rapporti di affari rilevanti con l'Istituto erogante il Mutuo se non la convenzione che disciplina la presente Polizza Collettiva.

In conformità a quanto descritto nella presente Nota Informativa, l'Istituto percepisce una remunerazione per l'attività di intermediazione svolta in relazione alle Proposte di Adesione formulate dagli Aderenti.

Ai sensi della vigente normativa, anche in presenza di conflitti di interesse, le imprese di assicurazione sono comunque tenute ad operare in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati.

CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. sono responsabili della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

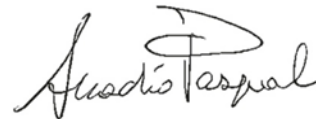
CNP Assurances S.A.

Il Rappresentante legale per l'Italia



CNP Caution S.A.

Il Rappresentante legale per l'Italia



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 del D.Lgs 196/2003 si forniscono le seguenti informazioni.

Titolare del trattamento

I Titolari del trattamento dei dati personali sono rispettivamente le Compagnie, ciascuna per le garanzie che vengono prestate in polizza:

CNP Assurances S.A, con sede legale in 4 place Raoul Dautry - 75015 Paris e la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via Albricci n. 7 Milano - Italia.

CNP Caution S.A, con sede legale in 4 place Raoul Dautry - 75015 Paris e la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via Albricci n. 7 Milano - Italia.

Finalità e trattamenti

I dati personali (comuni, sensibili e giudiziari) acquisiti direttamente o per il tramite terzi, anche in corso di Contratto, saranno utilizzati dalle Compagnie, in qualità di titolari del trattamento dei dati, con la finalità principale di dar corso al presente Contratto (attivazione copertura, raccolta premi, trattazione reclami, gestione liquidazioni e sinistri, valutazione dei rischi) e agli adempimenti relativi agli obblighi di legge.

Le Compagnie potranno inoltre utilizzare i dati per la finalità di fornire un servizio informativo via web.

Oltre ai dati comuni raccolti ai fini di conclusione del Contratto, per le finalità sopra indicate, le Compagnie sopra menzionate potrebbero dover richiedere di comunicare dati sensibili (quali, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'emissione del Contratto e all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di Sinistri).

La richiesta dei dati risulta infatti necessaria per il perseguimento delle suddette finalità, rispetto alle quali, in assenza, le Compagnie non sarebbero in grado di eseguire le obbligazioni di cui al presente Contratto.

Questi dati, inclusi quelli sensibili, saranno utilizzati unicamente ed esclusivamente da personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità sopra descritte.

Per la fornitura delle prestazioni e dei servizi assicurativi richiesti, il conferimento di dati personali e, ove necessario, sensibili (ad es: documenti sanitari) da parte del Cliente è obbligatorio. In assenza di essi, le Compagnie non sarebbero in grado di rilasciare la polizza e fornire correttamente le prestazioni ed i servizi richiesti.

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati

I dati personali così acquisiti sono trattati dalle Compagnie con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità sopra indicate ed idonee ad assicurare la corretta gestione del servizio richiesto e dei connessi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, adottando le opportune e necessarie misure in tema di conservazione e protezione dei dati da accessi indesiderati o non legittimi.

Limitatamente alle informazioni di contatto (dati identificativi, indirizzi email di posta elettronica e di posta ordinaria, numeri di telefono) i dati personali potranno essere trattati per trasmettere comunicazioni.

In particolare, l'indirizzo di posta elettronica da lei fornito e riportato sul documento di polizza, potrebbe essere utilizzato per inviarle informative e dare riscontro alle richieste di informazioni ricevute, per le risposte ai reclami nonché per trasmetterle comunicazioni in genere relativamente al presente rapporto assicurativo instaurato con le Compagnie.

Trasferimento dei dati

Alcuni dati potrebbero essere comunicati a:

- (i) società del gruppo di cui le Compagnie fanno parte e a società terze, che svolgono per conto delle Compagnie, attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento appositamente istruiti o incaricati, nonché
- (ii) ad enti ed organismi pubblici del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto;
- (iii) banche ed istituti di credito ed, in particolare, l'intermediario che ha collocato la polizza;
- (iv) consulenti legali, contabili e fiscali nella misura strettamente necessaria alla gestione degli adempimenti a cui le Compagnie sono soggette e alla tutela dei propri diritti;
- (v) altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni di settore;
- (vi) società terze situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea, qualora ciò risulti strettamente necessario alla gestione del servizio informativo via web;
- (vii) società di archiviazione documentale.

Taluni dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del gruppo della Compagnia situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei Sinistri. La lista dei soggetti terzi cui i dati sono comunicati, può essere richiesta alle Compagnie.

L'elenco completo ed aggiornato dei suddetti soggetti che, in Italia o all'estero, possono utilizzare i dati personali in qualità di responsabili del trattamento, è disponibile gratuitamente presso la sede delle Compagnie sopra indicata, ove è possibile conoscere anche la lista dei responsabili in essere.

Diritti dell'interessato

L'Assicurato ha il diritto di ottenere:

- (i) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma comprensibile dei dati medesimi, della loro origine, nonché delle finalità e delle modalità del trattamento e della logica su cui il trattamento si basa;
- (ii) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- (iii) l'attestazione che le operazioni di cui al precedente punto (ii) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Assicurato ha, altresì, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano:

- (i) per motivi legittimi, anche se i dati sono pertinenti alle finalità per cui sono stati raccolti;
- (ii) a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Con la sottoscrizione della clausola posta nel modulo di polizza, il Cliente rilascia alle Compagnie, sopra indicate, il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate.

In ogni momento sarà possibile consultare i dati ed eventualmente chiederne l'aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003), rivolgendosi direttamente alle Compagnie.

In ogni momento si potrà chiedere la cancellazione dei dati ed il blocco del trattamento per le finalità commerciali contattando direttamente le Compagnie.

Per l'esercizio dei diritti ci si potrà avvalere delle seguenti modalità:

Per comunicazioni a **CNP Assurances S.A.**:

CNP Assurances S.A.
- Ufficio Privacy -
Via Albricci 7, 20122 Milano

Posta elettronica: privacy@cnpitalia.it

Per comunicazioni a **CNP Caution S.A.**:

CNP Caution S.A.
- Ufficio Privacy -
Via Albricci 7, 20122 Milano

Posta elettronica: privacy@cnpcaution.it

GLOSSARIO

Assicurato

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

Aderente/Assicurato

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

Altre categorie lavorative/professionali diverse dal Dipendente di Azienda Privata

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

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

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

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

Ammortamento

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

Assicurazione

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

Beneficiario

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

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

Capitale Assicurato Iniziale

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

Carenza

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

Compagnie

CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Albricci, 7 - 20122 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il contratto di assicurazione.

CNP Caution S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Albricci, 7 - 20122 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il contratto di assicurazione.

Conclusione del contratto o perfezionamento

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

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

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

Contratto di Mutuo/Mutuo

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

Contratto di Polizza

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

Copertura Assicurativa

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

Debito Residuo

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

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

Data di Decorrenza della copertura assicurativa

Il termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare: coincide con le ore 24.00 della Data indicata nella Lettera di Conferma, fermo restando l'avvenuto incasso del Premio da parte della Compagnia.

Disoccupato

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

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

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

Franchigia

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

Indennizzo

La somma dovuta da CNP in caso di sinistro.

Infortunio

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

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

Inabilità Temporanea Totale

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

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

Invalidità Totale Permanente

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

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile, ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare come base

di partenza la tabella delle percentuali allegata al DPR 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

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

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

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

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

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

Istituti

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

Ivass

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

Lavoratore dipendente di Azienda Privata

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

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:

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

Lavoratore dipendente pubblico

Persona Fisica dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come:

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Grave

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro"

include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

INFARTO

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

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

ICTUS

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

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

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

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

TRAPIANTO D'ORGANO

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

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

INSUFFICIENZA RENALE

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

Massimale

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

Morte

Il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

Modulo di Adesione

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

Non lavoratori

Studenti, casalinghe, pensionati.

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso ed alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perdita D'Impiego

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

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

Preammortamento

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

Premio

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

Questionario Medico Semplificato/Completo

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

Ricovero Ospedaliero

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

Ripresa di occupazione

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

Sinistro

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

Stato di Disoccupazione o mobilità

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
relative alla Polizza Collettiva N. 0200000163

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

Premessa

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

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

PARTE I: Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 Oggetto del Contratto: Coperture Assicurative

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

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

Pacchetti Assicurativi	Durata	Target Assicurabile	Coperture
Pacchetto A	Durata/Durata Residua Finanziamento con un massimo di 30 anni	TUTTI	DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto B	Durata/Durata Residua Finanziamento Inferiore o pari a 120 mesi	Solo Dipendenti di Aziende Private con contratto ≥ 16 ore settimanali	DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + PERDITA D'IMPIEGO (Garanzia Danni)
Pacchetto C	Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi	Lavoratori di tutte le altre categorie lavorative/professionistiche	DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

		nali diverse dal Dipendente di Azienda Privata o Non Lavoratori	da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni) + INABILITA' TOTALE TEMPORANEA Da Infortunio o Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto D	Durata/Durata Residua Finanziamento Superiore a 120 mesi con un massimo di 30 anni	TUTTI	DECESSO da Infortunio e da Malattia (Garanzia Vita) + INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)

Prestazioni

Le Compagnie, per quanto di propria competenza, garantiscono all'Aderente/Assicurato - a fronte dell'adesione e del pagamento del Premio - le prestazioni previste dalle Coperture Assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto, nei limiti delle Condizioni ivi descritte.

Le prestazioni relative alle singole garanzie sono dettagliatamente descritte nella Parte II ("Condizioni particolari di Assicurazione"), mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nella Parte III ("Esclusioni") delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Gli Aderenti potranno aderire a uno dei suddetti PACCHETTI ASSICURATIVI sopra illustrati mediante il Modulo di adesione.

Art. 1.2 Requisiti di assicurabilita' – Adesione alle Coperture Assicurative

Sono assicurabili le persone fisiche che:

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

Art. 2 Capitale Assicurato iniziale e massimali

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

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

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

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

Art. 3 Cumulo

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

Art. 4 Prestazioni in caso di sotto-assicurazione

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

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

Art. 5 Prestazioni previste nel periodo di preammortamento

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

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

Art. 6 Prestazioni previste per mutui a durata variabile

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

Art. 7 Obblighi del Contraente

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

Art. 8 Obblighi di CNP

CNP rilascia al Contraente, in base alle adesioni da questo fornite, l'elenco degli Assicurati con l'indicazione per ciascuno delle prestazioni garantite e dei premi; tale elenco forma parte integrante della Convenzione. L'elenco è aggiornato mensilmente da CNP in base ai dati forniti dal Contraente. CNP provvede, inoltre, a fornire al Contraente la Nota Informativa nonché le Condizioni di Assicurazione relative alla presente Convenzione che vengono consegnate agli Assicurati al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 9 Decorrenza e Termine delle garanzie

Art. 9.1 Decorrenza delle garanzie

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

Art. 9.2 Durata del contratto e Termine delle garanzie

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

Le singole coperture hanno comunque termine:

- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata del contratto di Mutuo;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Mutuo, nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della Copertura Assicurativa, inviando apposita comunicazione in Compagnia (vedi artt. 10 e 11 cfr);
- alla data di scadenza della Copertura Assicurativa riportata nella Lettera di Conferma;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle presenti Condizioni di assicurazione.
- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità solo in relazione alla garanzia Perdita d'Impiego;
- in caso di risoluzione per mancato pagamento del premio ai sensi dell'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Art. 9.3 Termine delle garanzie per i Mutui a durata variabile

Per i Mutui a rata fissa e tasso e durata variabile la Copertura Assicurativa ha valore per una durata non superiore a quella stabilita dal piano di ammortamento originario del Mutuo

(fermo restando le limitazioni riportate agli articoli precedenti).

Art. 10 Estinzione anticipata parziale del Mutuo

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

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

1) Rimborso del Premio Puro:

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

2) Rimborso dei Costi:

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

dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

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

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

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

DR = debito residuo prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale versato dal cliente

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Parziale Mutuo	19/07/2022
Importo dell'estinzione anticipata parziale	€ 10.000
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 60.900
Premio Netto Imposte Pacchetto A	€ 3.148
Costi	€ 2.140,64
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	120
t: permanenza in copertura (mesi interi)	52
Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(3.148 - 2.140,64) * [(120-52) * (120-52+1)] / [120 * (120+1)] * 10.000 / 60.900$
Rimborso dei Costi	$2.140,64 * [(120-52) / 120] * 10.000 / 60.900$
Totale Premio da rimborsare	€ 53,45 + € 199,18 = € 252,72

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

La Compagnia non tratterrà alcun importo a titolo di spese amministrative, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal premio originariamente

versato dall'Aderente/Assicurato, saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al premio medesimo.

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

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

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

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

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

Art. 11 Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento del Mutuo

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

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

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

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

Dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

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

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

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

DR = debito residuo prima dell'estinzione totale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione anticipata totale versato dal cliente

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120
Decorrenza Polizza	01/04/2018
Estinzione Parziale Mutuo	19/07/2022
Importo dell'estinzione anticipata totale	€ 60.900
Debito residuo prima dell'estinzione	€ 60.900
Premio Netto Imposte Pacchetto A	€ 3.148
Costi	€ 2.140,64
n: durata Copertura Assicurativa (mesi interi)	120
t: permanenza in copertura (mesi interi)	52

Conteggio	
Rimborso del Premio Puro	$(3.148 - 2.140,64) * [(120-52) * (120-52+1)] / [120 * (120+1)] * 60.900 / 60.900$
Rimborso dei Costi	$2.140,64 * [(120-52) / 120] * 60.900 / 60.900$
Totale Premio da rimborsare	€ 325,52+ € 1213,03 = € 1538,55

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

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

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

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

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

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

Art. 12 Limiti Assuntivi – Formalità di ammissione

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

Al momento della sottoscrizione l'Aderente/Assicurato dovrà avere una età compresa tra i 18 ed i 61 anni non compiuti. Non potranno essere assicurati coloro il cui Mutuo scade successivamente alle ore 00:00 del giorno del compimento dei 76 anni.

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

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

Capitale Assicurato	Modalità di assunzione
Fino a € 200.000	Questionario Medico Semplificato
da € 200.001 a € 300.000	Questionario Medico Completo
da € 300.001 a € 500.000,00	Questionario medico completo + Esami Medici

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

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

L'adesione sarà perfezionata con il ricevimento, da parte dell'Aderente/Assicurato, della Lettera di Conferma con la quale la Compagnia accetta il rischio, fermo restando il pagamento del premio.

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

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

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

Art. 13 Pagamento del premio

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

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

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

Il Premio può essere finanziato, cioè aggiunto all'importo di Mutuo richiesto, o versato mediante addebito sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato in forza dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto, contenuta nel Modulo di Adesione.

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

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

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

Art. 14 Modifica stato professionale

Per il PACCHETTO B

L'Assicurato Dipendente di azienda privata, **in caso di modifica della condizione occupazionale (perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata), deve darne immediata comunicazione alla Compagnia.** In questo caso CNP provvederà a estinguere la **Garanzia Perdita d'Impiego** restituendo all'Aderente/Assicurato il rateo di premio non goduto calcolato alla data di ricezione della richiesta sulla base della seguente formula:

$$P * (n-t-1)/n$$

Dove:

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

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

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

Esempio di calcolo del premio da rimborsare	
Capitale Assicurato	€ 100.000
Durata Polizza (Mesi)	120

Decorrenza Polizza	01/04/2016
Data ricezione richiesta di cambio status lavorativo	19/07/2025
Premio Netto Imposte Garanzia Perdita Impiego	€ 5.133
n (durata Copertura Assicurativa (mesi interi))	120
t (permanenza in copertura (mesi interi))	111
Conteggio	
Rimborso Premio Garanzia Perdita Impiego	€ 5.133,00 x (120-111-1):120 = € 342,20

Per i PACCHETTI A-C-D

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

Art. 15 Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato dalla Copertura Assicurativa
L'Aderente/Assicurato può recedere, entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza delle Coperture Assicurative, indicate nella Lettera di Conferma, dandone comunicazione a CNP tramite e-mail o con lettera raccomandata a.r. contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

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

AVVERTENZA

Qualora il Premio di Polizza sia stato finanziato in aggiunta all'importo di Mutuo richiesto, l'Importo del Premio, restituito in caso di Recesso, può essere versato all'Istituto a decurtazione dell'Importo del Mutuo erogato e pertanto ai fini della riduzione della rata mensile del Mutuo.

Art. 15.1 Diritto di recesso dell'Aderente/Assicurato dalle Garanzie Danni

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

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

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

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia

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

$$P * (n-t-1)/n$$

dove:

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

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

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

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

Art. 15.1.1 Facoltà di Recesso della Compagnia dalla Garanzia Vita

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

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

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

Art. 16 Diritto di recesso della Compagnia

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

Art. 17 Beneficiari

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

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

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

AVVERTENZA:

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

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

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

Art. 18 Denuncia del Sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

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

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

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

CNP CAUTION SA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

Documentazione per l'istruttoria del sinistro

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

DECESSO da INFORTUNIO o MALATTIA (documenti da presentare da parte del Beneficiario)

- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso);

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

AVVERTENZA:

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

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

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO O MALATTIA

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

PERDITA D'IMPIEGO

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia dell'ultima busta paga e, se richiesto, copia del contratto di lavoro;
- Copia del certificato d'iscrizione al Centro per l'Impiego di competenza;
- Scheda professionale o modello C2 - storico rilasciato dal Centro per l'Impiego.
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale dal Centro per l'Impiego);
- Copia della dichiarazione dei redditi Modello Unico o Modello 730 dell'anno precedente il licenziamento;
- Copia della richiesta di indennità di disoccupazione che accerti l'effettivo accoglimento della domanda da parte dell'INPS;
- Copia del piano di ammortamento del Mutuo abbinato alla polizza.

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

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

INABILITA' TOTALE TEMPORANEA da INFORTUNIO O MALATTIA

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

MALATTIA GRAVE

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

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

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire a CNP di effettuare le valutazioni del

caso.

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

CNP - SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

Art. 19 Modalità di liquidazione dei sinistri

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

Art. 20 Pagamento delle prestazioni assicurate

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

Art. 21 Inadempimenti e/o ritardi dell'Aderente/Assicurato

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

Gli Istituti provvederanno a comunicare a CNP la parte di debito da indennizzare.

Art. 22 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 23 Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

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

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

Art. 24 Imposte e tasse

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

Art. 25 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 26 Diritto alle prestazioni

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

Art. 27 Cointestazione del contratto di Mutuo

Le operazioni di Mutuo che prevedono la cointestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza. Resta inteso che in caso di cointestazione potranno essere assicurati fino ad un massimo di quattro cointestatari, ciascuno con la propria Polizza. L'importo del Mutuo

erogato, nell'ambito dei massimali assicurati, potrà essere:

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

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

Art. 28 Clausola Liberatoria

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

Art. 29 Mediazione

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al presente contratto saranno devolute ad un tentativo di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione Forense di Milano, con sede in Milano Via Freguglia 1, che le parti espressamente dichiarano di conoscere ed accettare integralmente.

Organismo di Conciliazione Forense di Milano

Via Freguglia, 1 – 20122 MILANO

Tel. 02.54019715 conciliazione@ordineavvocatimilano.it

Per qualsiasi controversia relativa o connessa al presente contratto hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo degli aventi diritto (Contraente, Assicurato o Beneficiari).

Art. 30 Reclami

Le compagnie sono competenti per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia durante la sua attività di distribuzione.

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

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami

Via Albricci, 7 – 20122 Milano

Fax: 02/72.60.11.50

reclami@cnpitalia.it

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

CNP CAUTION S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami

Via Albricci, 7 – 20122 Milano

Fax: 02/72.60.11.51

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

I reclami riguardanti il comportamento tenuto dagli intermediari Banche durante l'attività di distribuzione devono essere inoltrati direttamente a questi ultimi presso i recapiti forniti nell'informativa: "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" contenuta nel c.d. modulo 7B.

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

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

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

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

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

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

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

Art. 31 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato relative alle circostanze del rischio

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

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

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

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

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

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

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

PARTE II: Condizioni particolari di Assicurazione

Art. 32 Caratteristica e Prestazione della Copertura Decesso da infortunio o malattia

PACCHETTI A – B – C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 49, il rischio coperto è il decesso da infortunio o malattia.

Indennizzo

CNP con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, **fermo restando le esclusioni all'art. 49**, corrisponderà ai Beneficiari un capitale il cui importo è pari:

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

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale e Permanente.

Art. 33 Riscatto

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

Art. 34 Carenza

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

Art. 35 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Invalidità Totale e Permanente

PACCHETTO A- B – C - D

Rischio assicurato

Ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 49, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% causata da Infortunio e Malattia (per il Pacchetto A) o da Infortunio (per i Pacchetti B, C, D).

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato, venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente **di grado pari o superiore al 66%** entro 2 anni dall'infortunio o dalla data di diagnosi della Malattia verificatesi durante il periodo contrattuale, CNP garantisce, **fermo restando le esclusioni all'Art. 49**, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

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

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

Il grado di Invalidità Totale Permanente da Infortunio è valutato in base 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.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso dell'Assicurato.

Art. 36 Carenza

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

Art. 37 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Inabilità Temporanea Totale

PACCHETTO C

Rischio assicurato

Ferme le **esclusioni di cui all'art. 49**, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.

Indennizzo

CNP in caso di sinistro liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di Mutuo, **fermo restando le esclusioni all'art. 49**, una somma pari:

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

AVVERTENZA

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

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

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

Art. 38 Franchigia

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di franchigia di 30 giorni.

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

Art. 39 Carenza

La Copertura Assicurativa per l'Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se è causata da malattia: in questo caso, qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 40 Denunce successive

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

Art. 41 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero

PACCHETTO C - D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 49, il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero, dovuto a

infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

Indennizzo

CNP garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, **fermo restando le esclusioni all'art. 49**, la corresponsione di una somma pari:

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

AVVERTENZA

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

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

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

Art. 42 Franchigia

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

Art. 43 Carenza

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

Art. 44 Denunce successive

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

Art. 45 Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave

PACCHETTO C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 49, il rischio coperto è una delle Malattie Gravi di seguito riportate.

Indennizzo

CNP garantisce, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, **fermo restando le esclusioni all'art. 49**, la corresponsione in un'unica soluzione di una somma pari:

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

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

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

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

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

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

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

CANCRO

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

INFARTO

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

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

ICTUS

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

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

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

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

TRAPIANTO D'ORGANO

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

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

INSUFFICIENZA RENALE

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

45. 1 Carenza

La Compagnia applicherà un periodo di carenza di 90 giorni.

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

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

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

Art. 46 Caratteristiche e Prestazione della copertura Perdita d'Impiego

PACCHETTO B

Rischio assicurato

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

Indennizzo

CNP in caso di perdita d'impiego, secondo le indicazioni del contratto di mutuo, **e fermo restando le esclusioni all'art. 49**, liquiderà una somma pari:

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

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

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

Art. 47 Carezza

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

Art. 47 .1 Franchigia

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

Art. 48 Denunce successive

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

PARTE III: Esclusioni

Art. 49 Esclusioni

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

- 1) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**

- 2) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- 3) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 4) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 5) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 6) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 7) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 8) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

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

- 9) suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza.

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

- 10) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 11) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 12) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 13) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- 14) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

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

- 15) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 16) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 17) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 18) in caso di dimissioni;
- 19) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;

- 20) la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 21) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia;
- 31) i contratti di lavoro non regolati dalla Legge italiana;
- 32) licenziamenti di assicurati presso il medesimo datore di lavoro dal quale avevano ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- 33) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 34) licenziamento per superamento del periodo di comporta.

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

35) Specifiche esclusioni per il CANCRO

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

36) Specifiche esclusioni per l'INFARTO

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

37) Specifiche esclusioni per l'ICTUS

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

38) Specifiche esclusioni INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

- l'angioplastica a palloncino (PTCA)
- il cateterismo del cuore,
- la risoluzione chirurgica tramite laser

- **tutti le altre tecniche cateterali intra-arteriose.**
- **le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.**

39) Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

Data ultimo aggiornamento Luglio 2017

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL"
**Polizza Collettiva n° 020000163
Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui**
Proposta di Adesione n°
DATI ASSICURATO

Cognome e nome _____		Cod. Fiscale _____
Luogo e data di nascita _____		
Indirizzo _____		Cap _____
Località _____	Prov. _____	Nazione di Cittadinanza _____
Numero di Telefono _____		E-Mail _____

DATI CONTRATTO DI MUTUO

Contratto N° _____	Durata/Durata residua per i Mutui in essere _____ mesi
Importo erogato/ Debito residuo per i mutui in essere _____ in corso di Istruttoria/in essere presso _____	

CARATTERISTICHE DEL PACCHETTO ASSICURATIVO

PROTEZIONE MUTUO è una Polizza Collettiva, sottoscritta dalla Banca Popolare di Bari (che agisce in nome e per conto della Cassa di Risparmio di Orvieto) in nome e per conto dei suoi Correntisti. L'adesione individuale abbinata al Mutuo sopra descritto, è **facoltativa e** consente all'Assicurato di acquistare il **PACCHETTO ASSICURATIVO**: _____ che prevede le seguenti Coperture Assicurative:

Coperture Assicurative	Compagnia

DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO E PREMI

Capitale Assicurato Iniziale _____

Decorrenza: alle ore 24,00 della data riportata sulla Lettera di Conferma, consegnata all'Assicurato per il tramite dell'Istituto, quale accettazione della presente Proposta di Polizza

Scadenza: alle ore 24,00 della scadenza del Mutuo o in data antecedente come previsto all'Art.9 "Decorrenza e Termine delle Garanzie" delle Condizioni di Assicurazione.

Premio Unico Lordo Euro _____ (di cui Euro _____ per eventuale detrazione in sede di dichiarazione dei redditi, nei termini e modalità previsti dalla legge) così composto:

Coperture Assicurative	Premio Unico Lordo (Euro)	Di cui Imposte (Euro)

COSTI COMPLESSIVI (SPESE ACQUISIZIONE E GESTIONE) DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Costi (compresi nel Premio Unico Lordo) Euro _____ di cui importo percepito dall'Intermediario _____
--

DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVA

L'Assicurato designa come Beneficiario della copertura assicurativa Decesso _____

Le eventuali modifiche e/o revoche devono essere comunicate per iscritto a **CNP Assurances S.A.** o disposte per testamento così come meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione

L'Assicurato dichiara di aver preso atto che per tutte le altre coperture assicurative gli eventuali indennizzi saranno riconosciuti all'Assicurato stesso.

Data _____ **Firma dell'Assicurato** _____

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL"

Polizza Collettiva n° 020000163
 Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

Proposta di Adesione n°

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

ASSICURANDO: _____
Nome Cognome e codice fiscale

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- A. Attualmente è titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto richiesta? SI NO
- B. E' in attesa di ricevere il riconoscimento della pensione / di assegno di invalidità / inabilità? SI NO
- C. La differenza tra la Sua altezza (in cm) ed il Suo peso (in Kg) è inferiore a 90 o superiore a 120? SI NO

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO

1. Ha **mai** sofferto di qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi? SI NO
2. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci, in merito alle seguenti malattie?
- 2.1 MALATTIE CARDIO – VASCOLARI**
Quali : ipertensione arteriosa grave (con valori pressori elevati nonostante il trattamento), angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto,, aneurismi, emorragia cerebrale. SI NO
- 2.2. MALATTIE NEUROLOGICHE**
Quali: morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio) SI NO
- 2.3. MALATTIE DELLA PSICHE**
Quali : disturbi della personalità, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia. SI NO
- 2.4. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**
Quali : broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi , silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare. SI NO
- 2.5. MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO**
Quali : lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica , connettiviti sistemiche, fibromialgia. SI NO
- 2.6. MALATTIA DELL'APPARATO GASTROINTESTINALE**
Quali: esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite acuta o cronica, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica o acuta. SI NO
- 2.7. MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE**
Quali : insufficienza renale acuta o cronica, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite. SI NO

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO"Polizza Collettiva n° 020000163
Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

Proposta di Adesione n°

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATOASSICURANDO: _____
*Nome Cognome e codice fiscale***2.8. MALATTIE ENDOCRINE E METABOLOCHE****Quali:** diabete, adenoma ipofisario con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato dalla terapia farmacologica, adenoma surrenalico. SI NO**2.9. MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO****Quali:** glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa. SI NO**2.10. MALATTIE DEL SANGUE, DEL SISTEMA IMMUNITARIO E INFETTIVE****Quali:** talassemia major, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale o idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale grave, amiloidosi, ipersplenismo, emofilie, sieropositività per virus HIV, tubercolosi, osteomieliti. SI NO

3. Attualmente Lei sta svolgendo esami clinici per l'accertamento di una delle suddette Malattie e/o ne sta attendendo gli esiti?

 SI NO

4. E' stato o è affetto da etilismo?

 SI NO**AVVERTENZE:**

In relazione a quanto sopra indicato, il sottoscritto Assicurando, ritenendosi consapevole del fatto che:

- a) eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;
- b) prima della sottoscrizione, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel presente Questionario;
- c) per certificare il proprio ed effettivo stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a suo carico e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurando,

DICHIARA

che le risposte sopra fornite ai relativi quesiti sanitari sono esatte e veritiere e di riconoscere come tali informazioni siano elementi fondamentali per la corretta valutazione del rischio da parte della Società ai fini della conclusione del relativo contratto di assicurazione.

Data _____

Firma dell'Assicurando _____

Firma dell'Intermediario _____

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL"**Polizza Collettiva n° 020000163**
Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui**Proposta di Adesione n°****DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLA POLIZZA COLLETTIVA**

Dichiaro di aderire facoltativamente alla Polizza Collettiva stipulata dalla Banca Popolare di Bari, che agisce anche in nome e per conto della Cassa di Risparmio di Orvieto, con CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. per conto dei propri Clienti e che prevede le Coperture Assicurative sopra elencate. A tal riguardo

DICHIARO espressamente

- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del Mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di CNP Assurances S.A. e/o CNP Caution S.A. le Coperture richieste non saranno attivate;
- di prestare il consenso necessario per la validità della garanzia Decesso (art. 1919 Codice Civile);
- che tutte le dichiarazioni e le risposte contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- di essere residente in Italia;
- di essere consapevole che per aderire alla Copertura Assicurativa, dovrò in relazione al Capitale Assicurato sottopormi alla modalità assuntiva prevista all'Art. 12 "Limiti assuntivi - Formalità di Adesione" delle Condizioni di Assicurazione;
- di essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è facoltativa e che la concessione del Mutuo non è subordinata alla stipulazione della Copertura Assicurativa;

PRENDO ATTO

- che in caso di Capitale Assicurato inferiore all'importo di Mutuo erogato (debito residuo in caso di Mutuo in essere), gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto esistente tra i due importi;
- che è possibile recedere dalla Copertura Assicurativa entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (indicata nella Lettera di Conferma) inviando una lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A. Via Albricci 7 - 20122 Milano.
- **che ai fini della determinazione della misura del premio delle garanzie Danni, tenuto conto della durata poliennale della polizza, è stata riconosciuta una riduzione pari all'8,8% del premio medesimo; pertanto ai sensi dell'art. 1899 cod. civ., l'esercizio del diritto di recesso, delle sole garanzie danni, è consentito dopo la 5° ricorrenza annuale del contratto in conformità a quanto indicato nell'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.**

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato prende atto che le Compagnie hanno conferito all'Istituto apposito mandato all'incasso. L'unica modalità di pagamento prevista è in un'unica soluzione; L'importo del Premio può essere finanziato, cioè aggiunto all'importo di Mutuo richiesto. L'Assicurato autorizza l'Istituto a trattenere l'importo del Premio dal suo conto corrente, prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del Premio unico a favore delle Compagnie.

Qualora il premio non venga finanziato lo stesso sarà prelevato mediante addebito sul Suo conto corrente.

Validità Proposta di polizza: 6 mesi dalla data di emissione

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE**L'Assicurato dichiara:**

- di aver ricevuto, il Fascicolo Informativo - redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, l'Informativa sulla Privacy, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e il fac simile del presente Modulo di Adesione
- di aver **LETTO, COMPRESO E ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione**

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C.C. l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione: Art 1.2 (Requisiti di assicurabilità), Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 4 (Prestazioni in caso di sotto-assicurazione) Art. 12 (Limiti assuntivi - Formalità di Ammissione), Art. 14 (Modifica stato professionale) Art. 29 (Mediazione) Art. 38, 42, 47.1 (Franchigia), Art. 34, 36, 39, 43, 45.1, 47 (Carenza), Art. 40, 44, 48 (Denunce successive), Art. 49 (Esclusioni).

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

CNP Assurances S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 686.618.477
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Alberico Albricci 7 - 20122 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 04341440966 - Rea C.C.I.A.A. Milano 1740904

CNP Caution S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 258.734.553
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Alberico Albricci 7 - 20122 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308