



PROTEZIONE MUTUO EASY E FULL A PREMIO MENSILE

**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**

CNP Assurances S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 686.618.477
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Bocchetto, 6 - 20123 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 Bocchetto, 6 - 20123 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

NOTA INFORMATIVA
relativa alla Polizza Collettiva N. 020000167
Data ultimo aggiornamento Maggio 2018

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 – COMUNICAZIONI

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 Bocchetto 6 20123, 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 10.828.707.092

Capitale sociale = Euro 686.618.477

Riserve patrimoniali = Euro 10.142.088.615

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

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 Bocchetto, 6 20123 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 481.625.438

Capitale sociale = Euro 258.734.553

Riserve patrimoniali = Euro 222.890.885

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 416%.

I dati riportati delle due Compagnie sono relativi all'ultimo bilancio approvato (31 dicembre 2017).

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 le stesse sono abbinata 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 tutte cause

b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia

c) Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

d) Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia

e) Prestazione in caso di Malattia Grave

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

f) 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 Mutuo con un massimo di 360 mesi	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto B	Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi	Solo di Azienda Privata con contratto ≥ 16 ore settimanali	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (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/professionali diverse dal Dipendente di azienda Privata o Non Lavoratori	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni) + INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA Da Infortunio o Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto D	Durata/Durata Residua Mutuo Superiore a 120 mesi con un massimo di 360 mesi	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)

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

Prestazioni della Copertura DECESSO: artt. 31 – 32 – 33

Prestazioni della Copertura INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE: artt. 34 e 35

Prestazioni della Copertura INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE: artt. 36 – 37 – 38 – 39
Prestazioni della Copertura RICOVERO OSPEDALIERO: artt. 40 – 41 – 42 - 43
Prestazioni della Copertura MALATTIA GRAVE artt. 44 – 44.1
Prestazioni della Copertura PERDITA D'IMPIEGO: artt. 45 – 46 – 46.1 – 47

AVVERTENZA

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

AVVERTENZA - Limiti, Massimali, Esclusioni, Franchigie e Carenze

Si evidenzia che le Condizioni di Assicurazione prevedono delle limitazioni che sospendono o rendono inoperanti le Coperture Assicuratrici. 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. 37, 41 e 46.1 ("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. 33, 35, 38, 42, 44.1 e 46 ("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 Assicuratrici durante il quale le garanzie non sono operative);
- artt. 39, 43 e 47 ("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. 48 ("Esclusioni"), che disciplina le specifiche limitazioni all'operatività delle Coperture Assicuratrici.

Le Garanzie prevedono le seguenti franchigie:

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:** 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:** 60 giorni per malattia
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE :** 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
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE:** debito residuo con un massimo di € 500.000
- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:** 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 alcuni esempi 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 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. 30 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 **Premi mensili di importo costante** per tutta la durata contrattuale, comprensivi dell'imposta di assicurazione. Il premio è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione del PACCHETTO ASSICURATIVO sottoscritto. **La Compagnia conferisce alla Banca mandato all'incasso del primo premio mensile che viene addebitato sul c/c dell'Aderente/Assicurato in forza di autorizzazione, conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Adesione.** L'incasso di tale somma da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

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

I Premi mensili successivi al primo, dovranno essere corrisposti dall'Aderente/Assicurato direttamente alla Compagnia mediante SDD (Sepa Direct Debit) senza necessità di ulteriori comunicazioni preventive da parte della Compagnia.

AVVERTENZA per consentire l'avvio del processo di addebito SDD, si precisa che la seconda rata mensile di premio verrà prelevata contestualmente alla terza con addebito sul conto corrente. L'Aderente/Assicurato sarà comunque coperto per tutti i rischi previsti dalla Copertura Assicurativa nel periodo intercorrente tra la scadenza della seconda e della terza rata sempre che l'incasso dei due premi vada a buon fine.

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

PACCHETTO A	PACCHETTO B	PACCHETTO C	PACCHETTO D
0,0450%*	0,0980%*	0,0780%*	0,0650%*

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

AVVERTENZA:

Il premio non include il rischio inerente l'esercizio di attività sportive e lavorative ritenute pericolose indicate all'Art. 48 (Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose) delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ciò in quanto la Copertura non interviene qualora il sinistro si verifichi in tali circostanze.

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 parziale e totale, accollo o trasferimento del Mutuo, la Compagnia estinguerà le coperture Assicurative e provvederà a interrompere l'addebito dei premi mensili, salvo che l'Aderente/Assicurato esprima la propria volontà di mantenere in vigore la Polizza fino alla scadenza contrattuale iniziale.

Si rinvia all'art. 10 e all'art 11 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.

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

Il costo è calcolato sul Premio Mensile 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 Mensile 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

Non sono previsti sconti di premio.

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 e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta del 2,50%.

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 Invalidità 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, l'Aderente/Assicurato 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).

Il contratto decorre dalle ore 24.00 del giorno di attivazione indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia dello stesso è subordinata al 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 dei requisiti di assicurabilità. La perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata, comporta la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego;
- in caso di anticipata estinzione totale o parziale, trasferimento, accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa)
- Mancato pagamento anche di un solo premio mensile successivo al primo, trascorso il periodo di sospensione (180 giorni) successivo al periodo di tolleranza (30 giorni).

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato 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 annualmente per le sole Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego), ai sensi dell'Art. 1899 Cod. Civ.. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto.

Tale 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 Mail o con lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

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

Per maggiori dettagli si rimanda 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 e ad interrompere l'addebito dei premi mensili sul c/c dell'Aderente/Assicurato, con effetto a partire dall'annualità successiva a quella nella quale è stato richiesto il recesso.

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.

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 inviate mediante posta, fax oppure via e-mail ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES SA
Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6 – 20123 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 Bocchetto, 6 – 20123 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. 17 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. 18 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 dalle Compagnie stesse.

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 Bocchetto, 6 – 20123 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 Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.50
reclami@cnpcaution.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 - correlando 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

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 ovvero modifichi la propria residenza in uno stato estero**, 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 Bocchetto, 6 - 20123 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.
Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante legale

Gilles Ferreol

CNP Caution S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante legale

Gilles Ferreol

INFORMATIVA ADERENTE/ASSICURATO

Chi siamo e cosa facciamo dei tuoi dati personali?

CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (di seguito indicate come le Compagnie) con sede in Milano, via Bocchetto 6, in qualità di Titolari del trattamento, si impegnano a tutelare la riservatezza dei tuoi dati personali e a garantire ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione.

Le Compagnie si occupano, per il gruppo di appartenenza, della gestione dei prodotti in coassicurazione; CNP Assurance S.A. gestisce le coperture appartenenti ai rami I (Vita) nonché 1 e 2 (Danni); CNP Caution S.A. gestisce la copertura appartenente a ramo 16 (Danni).

Le Compagnie mettono in pratica, al fine, policy e prassi aventi riguardo alla raccolta e all'utilizzo dei dati personali e all'esercizio dei diritti che ti sono riconosciuti dalla normativa applicabile. Le Compagnie hanno cura di aggiornare le policy e le prassi adottate per la protezione dei dati personali ogni volta che ciò si renda necessario e comunque in caso di modifiche normative e organizzative che possano incidere sui trattamenti dei tuoi dati personali.

Le Compagnie hanno nominato un Responsabile della protezione dei dati interno al gruppo di appartenenza. Se hai domande sulle policy e le prassi adottate dalle Compagnie, puoi contattare il Responsabile tramite e-mail al seguente indirizzo: dpo.it@cnppartners.eu

Come e perché raccolgono e trattano i tuoi dati le Compagnie?

Le Compagnie raccolgono e/o ricevono le informazioni che ti riguardano, quali in generale: nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente, e, in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

CNP Assurance S.A., altresì, raccoglie i dati relativi allo stato di salute, per il trattamento dei quali avrai prestato esplicito consenso.

I tuoi dati personali sono raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- banche e altri intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker);
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- autorità giudiziarie e forze di polizia.

I dati servono alle Compagnie per dar seguito alla gestione della tua polizza assicurativa, alle attività di coassicurazione dei rischi gestiti dal gruppo di appartenenza, in particolare, di quelli afferenti i prodotti legati a mutui e finanziamenti e quelli di tutela del reddito, per i quali CNP Assurances S.A. si occupa, altresì, delle attività di assunzione medica. I tuoi dati personali vengono trattati, inoltre, per adempiere agli obblighi di legge e di regolamento, presupposti e anche conseguenti al contratto che ti riguarda, a cui le Compagnie sono tenute in funzione dell'attività esercitata.

La comunicazione dei tuoi dati personali avviene nei confronti del gruppo cui appartengono le Compagnie per fini amministrativi, oltre che nei confronti di terzi e/o destinatari, la cui attività è necessaria per il corretto svolgimento del servizio o per migliorare i prodotti che le Compagnie ti offrono, e anche per rispondere a determinati obblighi di legge o prescritti per il controllo e la vigilanza dell'attività assicurativa. Ogni comunicazione che non risponde a tali finalità sarà sottoposta al tuo consenso.

Le Compagnie non trasferiscono i tuoi dati personali all'estero. I tuoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati.

A chi verranno comunicati i tuoi dati?

A soggetti esterni all'organizzazione delle Compagnie, individuati o meno quali responsabili del trattamento. Nello specifico i destinatari dei tuoi dati sono: le società del gruppo cui appartengono le Compagnie per fini amministrativi; consulenti legali per la gestione del contenzioso, società terze che si occupano di attività riguardanti la gestione del rischio assicurato e, altresì, società dell'informazione e di assistenza informatica nonché principali enti di riferimento (autorità amministrative, di controllo, giudiziarie etc.) e soggetti (familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori) nel caso delegati a ricevere le informazioni che ti riguardano. I tuoi dati possono, inoltre, essere comunicati da CNP Assurance S.A. a professionisti del settore sanitario (medici e consulenti).

Quali dati sono indispensabili alle Compagnie per gestire il tuo contratto e cosa succede se non li fornisci?

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque ottenuti dalle Compagnie indicati con l'asterisco <*> si intendono necessari nel senso che il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per le Compagnie di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

Il trattamento dei dati idonei a rivelare il tuo stato di salute, svolto unicamente da CNP Assurances S.A., allorché necessari per le finalità di trattamento che la riguardano, sarà sottoposto al tuo consenso esplicito e a tutte le cautele del caso.

- nome, cognome*;
- codice fiscale*;
- luogo e data di nascita*;
- indirizzo fisico di residenza*;
- indirizzo telematico;
- numero di telefono fisso e/o mobile;
- numero di conto corrente*;
- i dati relativi allo stato di salute, previo esplicito consenso*;
- in via residuale, quelli afferenti le condanne penali, reati o connesse misure di sicurezza.

I tuoi dati personali sono necessari per le attività di trattamento relative a:

- la valutazione del rischio e dell'adeguatezza della copertura assicurativa;
- la gestione del contratto (anche attraverso terzi e destinatari) e quindi della polizza assicurativa che ti riguarda;
- il controllo della sostenibilità e della redditività dei prodotti assicurativi;
- l'adempimento degli obblighi che derivano dal rapporto instaurato;
- l'assistenza alla clientela sui servizi e i prodotti assicurativi.

Quelli tra i tuoi dati che invece non sono indicati con l'asterisco <*> si intendono facoltativi e il mancato conferimento non pregiudica il trattamento principale.

Le Compagnie hanno inteso svolgere alcuni trattamenti in funzione di determinati legittimi interessi che non pregiudicano il tuo diritto alla riservatezza, come quelli che:

- permettono di gestire al meglio il rischio assicurato;
- permettono di prevenire frodi anche contrattuali;
- permettono di prevenire incidenti informatici e di procedere alla notificazione all'autorità di controllo o la comunicazione agli utenti, se necessarie, della violazione dei dati personali;
- permettono la comunicazione dei dati personali alle società del gruppo di appartenenza delle Compagnie per fini amministrativi;
- permettono la comunicazione a terzi/destinatari per attività legate a quelle di gestione del contratto.

Come e per quanto tempo vengono conservati i tuoi dati?

Il trattamento dei dati che ti riguardano avviene attraverso mezzi e strumenti sia elettronici che manuali messi a disposizione dei soggetti che agiscono sotto l'autorità delle Compagnie, e allo scopo autorizzati e formati.

Gli archivi cartacei e soprattutto elettronici dove i tuoi dati sono archiviati e conservati vengono protetti mediante misure di sicurezza efficaci e adeguate a contrastare i rischi di violazione considerati dalle Compagnie. Le stesse provvedono alla verifica periodica e costante delle misure adottate, soprattutto per gli strumenti elettronici e telematici, a garanzia della riservatezza dei dati personali per loro tramite trattati, archiviati e conservati, soprattutto se appartenenti a categorie particolari.

I dati personali vengono conservati per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del contratto che hai stipulato con le Compagnie e per l'adempimento degli obblighi, anche legali, che ne conseguono.

Gli archivi informatici si trovano all'interno dei confini dell'UE (e SEE) e non è prevista la loro connessione o interazione con database locati all'estero.

Quali sono i tuoi diritti?

I diritti a te riconosciuti ti permettono di avere sempre il controllo dei tuoi dati. I tuoi diritti sono quelli di:

- accesso;
- rettifica;
- cancellazione;
- revoca del consenso;
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento;
- portabilità.

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

Tu hai diritto:

- a ottenere una copia, anche in formato elettronico, dei dati di cui hai chiesto l'accesso. In caso dovessi richiedere ulteriori copie, le Compagnie possono addebitarti un contributo spese ragionevole;

- a revocare il consenso in qualunque momento, nel caso in cui questo costituisca la base del trattamento. La revoca del consenso comunque non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso svolto prima della revoca stessa;
- a opporsi al trattamento dei tuoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse per motivi relativi alla tua situazione particolare;
- a ottenere la cancellazione dei tuoi dati personali, la limitazione del loro trattamento o anche l'aggiornamento e la rettifica;
- a ottenere, in tali ultimi casi, che altri titolari del trattamento a cui, nell'eventualità i tuoi dati siano stati comunicati o i destinatari degli stessi, siano messi a parte della tua istanza e dell'esito dell'esercizio dei tuoi diritti affinché anch'essi provvedano a cancellare, sospendere o interrompere il trattamento o a rettificare i tuoi dati;
- a ottenere i tuoi dati personali, se ricevuti o trattati dalle Compagnie, con il tuo consenso e/o se il loro trattamento avvenga sulla base di un contratto e con strumenti automatizzati, in formato elettronico, anche al fine di trasmetterli ad altro titolare del trattamento;
- a ottenere ogni comunicazione utile in merito all'attività svolta a seguito dell'esercizio dei tuoi diritti senza ritardo e comunque, entro un mese dalla tua richiesta, salvo proroga motivata, fino a due mesi che ti dovrà essere debitamente comunicata.

Per ogni ulteriore informazione e comunque per inviare la tua richiesta contatta le Compagnie all'indirizzo Via Bocchetto 6, 20123 Milano.

Riassumendo le Compagnie ti hanno informato su:

Chi è il titolare del trattamento?	CNP Assurances S.A.	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpitalia.it
	CNP Caution S.A.	Via Bocchetto 6, Milano e-mail: privacy@cnpcaution.it
Chi è il responsabile della protezione dei dati?	DPO	dpo.it@cnppartners.eu

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?	
I dati personali saranno trattati:	il trattamento avviene in base a:
per l'esecuzione e la gestione del rapporto contrattuale instaurato	contratto
per l'attività di assistenza alla clientela sui servizi e prodotti assicurativi	consenso esplicito per il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, rilasciato a CNP Assurances S.A. per l'assunzione medica in relazione alle garanzie decesso e Invalidità totale e permanente
per fini statistici e di monitoraggio dell'offerta di prodotti assicurativi	adempimento di attività conseguenti al rapporto instaurato e regolamentate per il settore di mercato del titolare del trattamento
per l'adempimento di obblighi di legge dipendenti dal rapporto contrattuale	obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa e dipendenti dalla normativa antiriciclaggio
Per l'archiviazione e la conservazione dei dati personali	<ul style="list-style-type: none"> - adempimenti precontrattuali dipendenti dalla verifica dell'assumibilità del rischio - contratto, per tutta la sua durata - adempimento, anche oltre la durata del contratto, di obblighi dipendenti dal rapporto instaurato e di legge, quali: <ul style="list-style-type: none"> • tenuta della contabilità; • esercizio dei diritti dipendenti dal contratto, anche allorchè oggetto di contenzioso
per la comunicazione a destinatari e/o terzi in dipendenza del rapporto contrattuale e degli obblighi che ne derivano	Adempimento del contratto e legittimo interesse dei titolari del trattamento o di terzi e destinatari
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	legittimo interesse dei titolari del trattamento o di terzi e destinatari

GLOSSARIO

Assicurato

Il termine assume lo stesso significato attribuito a Aderente/Assicurato

Aderente

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 la 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 Bocchetto, 6 – 20123 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 Bocchetto, 6 – 20123 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'Aderente/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.

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.

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.

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.

Efficacia del contratto

Il contratto è efficace dal momento in cui l'Aderente/Assicurato paga il premio.

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'Aderente/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

La 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 e i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Università;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato 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 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 deve essere consegnato 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. 0200000167

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/e 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 Mutuo con un massimo di 360 mesi	TUTTI	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni)
Pacchetto B	Durata/Durata Residua Mutuo Inferiore o pari a 120 mesi	Solo Dipendenti di Aziende Private con contratto ≥ 16 ore settimanali	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (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/professionali diverse dal Dipendente di Azienda Privata o Non Lavoratori	DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni) + INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA Da Infortunio o Malattia (Garanzia Danni)

<p>Pacchetto D</p>	<p>Durata/Durata Residua Mutuo Superiore a 120 mesi con un massimo di 360 mesi</p>	<p>TUTTI</p>	<p>DECESSO tutte cause (Garanzia Vita) + INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio e da Malattia (Garanzia Danni) + RICOVERO OSPEDALIERO da Infortunio e Malattia (Garanzia Danni) + MALATTIA GRAVE (Garanzia Danni)</p>
-------------------------------	--	---------------------	---

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 assicurabilità – 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 (Pacchetto A) ovvero non superiore a 71 anni non compiuti (Pacchetti B, C e D).**

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. 26 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 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 assunzione" 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'Aderente/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 parziale o 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. In caso di sottoscrizione del Pacchetto B, la Perdita dello status di Dipendente di Azienda Privata comporta la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego;
- In caso di mancato pagamento anche di un solo premio mensile successivo al primo, trascorso il periodo di sospensione (180 giorni) successivo al periodo di tolleranza (30 giorni).

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, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione parziale del Mutuo. La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di estinzione, interromperà l'addebito dei premi mensili sul c/c dell'Aderente/Assicurato e restituirà allo stesso, eventuali premi mensili addebitati successivamente alla data di estinzione.

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

In tal caso le garanzie rimarranno in essere alle condizioni contrattuali originarie.

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

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

In caso di estinzione anticipata totale del Contratto di Mutuo, ovvero nei casi di trasferimento o di acollo del Mutuo, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/acollo del Mutuo. La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di estinzione, interromperà l'addebito dei premi mensili sul c/c dell'Aderente/Assicurato e restituirà allo stesso, eventuali premi mensili addebitati successivamente alla data di estinzione.

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

In tal caso le garanzie rimarranno in essere alle condizioni contrattuali originarie.

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

Art. 12 Limiti Assuntivi – Formalità di assunzione

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 (Pacchetto A) ovvero dei 71 anni (Pacchetti B, C e D).

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 € 200.000,00	Questionario Medico Semplificato
da € 200.000,01 a € 300.000,00	Questionario Medico Completo
da € 300.000,01 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.

Il contratto si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato della Lettera di Conferma di CNP con la quale viene accettata l'assunzione, fermo restando che l'efficacia del contratto è subordinata al 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

L'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di **Premi mensili di importo costante per tutta la durata contrattuale**, comprensivi dell'imposta di assicurazione. Il premio è calcolato in percentuale sul Capitale Assicurato, in funzione del PACCHETTO ASSICURATIVO sottoscritto. L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione.

La Compagnia conferisce alla Banca mandato all'incasso del primo premio mensile che viene addebitato sul c/c dell'Aderente/Assicurato in forza di autorizzazione, conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Adesione.

L'incasso di tale somma da parte della Banca varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

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

I Premi mensili successivi al primo, dovranno essere corrisposti dall'Aderente/Assicurato direttamente alla Compagnia mediante SDD (Sepa Direct Debit) senza necessità di ulteriori comunicazioni preventive da parte della Compagnia.

AVVERTENZA per consentire l'avvio del processo di addebito SDD, si precisa che la seconda rata mensile di premio verrà prelevata contestualmente alla terza con addebito sul conto corrente. L'Aderente/Assicurato sarà comunque coperto per tutti i rischi previsti dalla Copertura Assicurativa nel periodo intercorrente tra la scadenza della seconda e della terza rata sempre che l'incasso dei due premi vada a buon fine.

AVVERTENZA:

Il premio non include il rischio inerente l'esercizio di attività sportive e lavorative ritenute pericolose indicate all'Art. 48 (Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose) delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ciò in quanto la Copertura non interviene qualora il sinistro si verifichi in tali circostanze.

Art. 13.1 - Sospensione, riattivazione e risoluzione

La mancata corresponsione del/i Premio/i successivo/i al Primo entro **30 giorni, (periodo di tolleranza)**, dalla data di ricorrenza del premio non pagato, comporta la sospensione del Contratto per un periodo massimo di 6 mesi, che iniziano a decorrere dal termine del periodo di tolleranza.

Tale mancanza non può essere giustificata, in nessun caso, per il fatto di non aver ricevuto l'avviso di scadenza da parte della Compagnia, né con la richiesta dell'Aderente di pagamento a domicilio.

Durante il periodo di sospensione la polizza non produce effetti, pertanto in caso di sinistro le Coperture Assicurative non intervengono.

Entro i suddetti 6 mesi, che iniziano a decorrere dal termine del periodo di tolleranza, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di riattivare le Coperture Assicurative versando, tramite bonifico, la rata o le rate (se mensili) non pagate alla Compagnia.

In tal caso le Coperture Assicurative entreranno nuovamente in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento dei premi insoluti.

Art. 14 Perdita dei requisiti di assicurabilità dell'Aderente/Assicurato

Per il PACCHETTO B

Qualora nel corso di validità del Contratto, l'Aderente/Assicurato dovesse perdere i requisiti previsti dalla presente Polizza, (essere Dipendente di Azienda Privata, in caso di sottoscrizione del Pacchetto B, ovvero essere residente in Italia) dovrà comunicare tempestivamente alla Compagnia la perdita dei suddetti requisiti con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail al seguente indirizzo:

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

La perdita dello status di Dipendente di Azienda privata determina la cessazione della sola Garanzia Perdita d'Impiego, la quale non interverrà in caso di sinistro. La copertura assicurativa rimarrà in vigore per le altre garanzie facenti parte del Pacchetto Assicurativo sottoscritto. Il premio, addebitato all'Aderente/Assicurato alla prima ricorrenza mensile successiva alla data di estinzione della garanzia Perdita d'Impiego (data della perdita del requisito), sarà ridotto della componente relativa alla garanzia estinta. Eventuali premi mensili relativi alla garanzia Perdita d'Impiego addebitati successivamente alla data di estinzione della garanzia stessa saranno rimborsati all'Aderente/Assicurato.

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.

In caso di modifica della residenza dell'Aderente/Assicurato in uno stato estero le garanzie cesseranno e la copertura non interverrà in caso di sinistro.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, provvederà ad estinguere la Polizza, ad interrompere l'addebito automatico dei Premi sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato e a rimborsare eventuali premi mensili addebitati successivamente alla data della perdita del requisito.

Art. 14.1 Mancata comunicazione della perdita del Requisito di Assicurabilità

I sinistri avvenuti successivamente alla perdita del requisito non verranno indennizzati anche qualora l'Aderente/assicurato non abbia provveduto a darne tempestiva comunicazione alla Compagnia. Nel caso su indicato permane il diritto dell'Aderente/Assicurato a ricevere il rimborso del premio eventualmente pagato e non goduto sulla base di quanto riportato al punto precedente.

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 (indicata nella Lettera di Conferma) dandone comunicazione a CNP tramite raccomandata a.r o mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.

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

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

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 annualmente per le sole Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego), ai sensi dell'Art. 1899 Cod. Civ.. In tal caso il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stato richiesto. Il premio, addebitato all'Aderente/Assicurato alla prima ricorrenza mensile successiva alla data di effetto del recesso, sarà ridotto della componente relativa alla garanzia Danni.

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 S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

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 e ad interrompere l'addebito dei premi mensili sul c/c dell'Aderente/Assicurato, con effetto a partire dall'annualità successiva a quella nella quale è stato richiesto il recesso.

L'eventuale recesso della Compagnia, dalla Copertura Vita, verrà comunicato all'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. 15.2 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. 16 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 Bocchetto, 6 – 20123 Milano
cnp@pec.cnpitalia.it

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

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. 17 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 Bocchetto, 6 – 20123 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 Bocchetto, 6 – 20123 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 tutte cause** (*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.

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:

- **INVALIDITÀ 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;
 - 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.

Qualora l'Aderente/Assicurato dovesse decedere prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia valuterà il sinistro anche sulla base della documentazione eventualmente fornita dagli eredi

- **INABILITÀ TOTALE E 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.
- **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 di 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 per l'impiego)
 - Estratto conto previdenziale
 - 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 finanziamento abbinato alla polizza
- **MALATTIA GRAVE**
 - Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave.

- Copia di 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. 18 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. 16.

Art. 19 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.

In caso di Decesso, la Compagnia corrisponderà la prestazione ai Beneficiari designati, in parti uguali.

Art. 20 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. 21 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 22 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. 23 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. 24 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 25 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. 26 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. 27 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.

Art. 28 Mediazione e Foro Competente

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, Aderente/Assicurato o Beneficiari).

Art. 29 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 dalle Compagnie stesse.

I reclami riguardanti **le Garanzie Decesso, Inabilità Temporanea Totale, Invalidità Totale Permanente, 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 Bocchetto, 6 – 20123 Milano

Fax: 02/72.60.11.50

reclami@cnpitalia.it

I reclami riguardanti **la Garanzia Perdita d'Impiego, (se prevista dal PACCHETTO ASSICURATIVO acquistato)** e sul rapporto contrattuale relativo alle condizioni generali, 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 Bocchetto, 6 – 20123 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 28 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

Art. 30 Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione 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. 31 Caratteristica e Prestazione della Copertura Decesso (tutte cause)

PACCHETTI A – B – C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 48, il rischio coperto è il decesso qualunque possa esserne la causa.

Indennizzo

CNP con la presente garanzia, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, **fermo restando le esclusioni all'art. 48**, corrisponderà ai Beneficiari, in parti uguali, 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.

L'indennizzo della Garanzia Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della Garanzia Invalidità Totale Permanente.

Pertanto, qualora nel corso della valutazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente, dovesse sopraggiungere il Decesso, tale garanzia potrà intervenire solo se l'Invalidità risulta non liquidabile.

Art. 32 Riscatto

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

Art. 33 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.34 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Invalidità Totale e Permanente

PACCHETTO A- B – C - D

Rischio assicurato

Fermo restando le esclusioni di cui all'Art. 48, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66% causata da Infortunio o Malattia.

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. 48**, 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 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.

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 alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute. Il grado di Invalidità Totale Permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

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

Art. 35 Carenza

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

Art. 36 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Inabilità Temporanea Totale PACCHETTO C

Rischio assicurato

Ferme le **esclusioni di cui all'art. 48**, 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. 48**, 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. 37 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. 38 Carenza

La Copertura Assicurativa per l'Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se è causata da malattia. L'indennità non verrà corrisposta qualora l'Inabilità si verifichi e/o la Malattia che la genera insorga entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura.

Art. 39 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. 40 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero

PACCHETTO C - D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 48, 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. 48**, 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. 41 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. 42 Carezza

La copertura assicurativa per il Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di carezza 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. 43 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. 44 Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave PACCHETTO C – D

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 48, 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. 48**, 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

Art. 44.1 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 presenta segni e/o sintomi o si sottopone ad accertamenti i cui risultati portano alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
- all'assicurato viene 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. 45 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. 48**, 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. 46 Carenza

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

Art. 46.1 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. 47 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. 48 Esclusioni

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

- 1) invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano (in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero) e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 11) i sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

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

- 12) 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:

- 13) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 14) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 15) atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 16) 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);
- 17) sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 18) conseguenze della pratica dei seguenti sport : equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- 19) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 20) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione

21) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

La garanzia Perdita d'Impiego non è operante nel caso in cui:

- 22) L'assicurato non abbia prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
- 23) L'Assicurato abbia un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
- 24) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 25) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 26) in caso di dimissioni;
- 27) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 28) l'Assicurato, durante la messa in mobilità maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 29) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia;
- 30) i contratti di lavoro non regolati dalla Legge italiana;
- 31) l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- 32) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

33) 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.

34) 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

35) 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.

36) 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.

37) Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

Esclusioni derivanti da attività Sportive e Lavorative pericolose

Sono altresì esclusi dalla Copertura Decesso e l'Invalidità Totale e Permanente i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle seguenti Attività Sportive e Lavorative pericolose:

ATTIVITÀ SPORTIVE:

1. Alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine > 3.000 metri, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta.
2. Speleologia.
3. Sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ULM, elicottero, aliante ecc).
4. Immersioni subacquee.
5. Caccia grossa, safari.
6. Equitazione (competizioni equestri).
7. Skeleton.
8. Rafting.
9. Partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore.
10. Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa).
11. Competizioni ciclistiche.
12. Canoa, kayak.
13. Pugilato e lotta.
14. Atletica pesante.
15. Altri sport comunemente definiti "estremi".

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

1. Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (salvo che l'attività lavorativa sia svolta unicamente a livello amministrativo in uffici interni).
2. Addetti alla sicurezza ed all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, addetti al soccorso alpino.
3. Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore).
4. Carpenteri in metallo.
5. Attività in porto o su imbarcazioni (es. marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali).
6. Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere.
7. Attività che comportano l'utilizzo di altiforni.
8. Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche.
9. Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche.
10. Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico).
11. Attività di radiologo e batteriologo, attività in reparti malattie infettive.
12. Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V.
13. Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo).
14. Attività che richiede l'uso delle armi (es. cacciatori professionisti).
15. Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori di sub).
16. Attività che prevedono lavori di sterramento.
17. Attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es. diplomatici, giornalista, fotografo o cameraman, accompagnatore turistico).
18. Attività nel sottosuolo (es. speleologi, minatori).
19. Attività in alta montagna (es. guide alpine).
20. Addetti al settore petrolifero.

- 21. Collaudatori di autoveicoli e motocicli.**
- 22. Piloti o membri dell'equipaggio di aerei charter (con meno di 30 posti) e/o privati, elicotteri, istruttori di volo.**
- 23. Piloti professionisti (competizioni automobilistiche, motoristiche ecc.) circensi, giostrai.**
- 24. Attori o artisti che svolgono attività pericolose (es. controfigure, cascatori).**
- 25. Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. settore antimafia).**

Data ultimo aggiornamento Maggio 2018

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL" A PREMIO MENSILE

Polizza Collettiva n° 020000167
Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

Proposta di Adesione n°

DATI ADERENTE/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'Aderente/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 Mensile 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 Mensile Lordo (Euro)	Di cui Imposte (Euro)

COSTI COMPLESSIVI (SPESE ACQUISIZIONE E GESTIONE) DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

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

DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVA

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

Prendendo atto che la Compagnia erogherà la prestazione in parti uguali in caso di due o più beneficiari.
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'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso atto che per tutte le altre coperture assicurative gli eventuali indennizzi saranno riconosciuti all'Assicurato stesso.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL" A PREMIO MENSILE

Polizza Collettiva n° 020000167
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?

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? SI NO

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 MUSCOLOSCHIELETICO

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

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO" A PREMIO MENSILE

Polizza Collettiva n° 020000167
 Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

Proposta di Adesione n°

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

ASSICURANDO: _____
 Nome Cognome e codice fiscale

2.7. MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE

Quali: insufficienza renale acuta o cronica, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

SI NO

2.8. MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE

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 da lei prescelta.

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 _____

COPIA PER L'ADERENTE/ASSICURATO

Pagina 3/5

Mod. 2.01S.B.019.01UQMS.1805

CNP Assurances S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 686.618.477
 Rappresentanza generale per l'Italia - Via Bocchetto, 6 - 20123 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 Bocchetto, 6 - 20123 Milano
 C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL" A PREMIO MENSILE

Polizza Collettiva n° 020000167

Proposta di Adesione n°

Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

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 assunzione" 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 la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A. Via Bocchetto, 6 - 20123 Milano - portafoglio@cnpitalia.it.
- che la Compagnia potrà utilizzare l'indirizzo Email (se riportato) esclusivamente per comunicazioni attinenti alla gestione del presente contratto.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Aderente/Assicurato autorizza l'Istituto ad addebitare la prima mensilità di premio sul conto corrente prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del premio di perfezionamento a favore di CNP che a tal fine ha conferito all'Istituto apposito mandato all'incasso. I premi mensili successivi sono corrisposti direttamente a CNP mediante mandato Sepa Direct Debit salvo buon fine con addebito sul conto corrente. Per consentire l'avvio del processo di addebito SDD si precisa che la seconda rata mensile di premio verrà prelevata contestualmente alla terza con addebito sul conto corrente come meglio precisato nelle Condizioni di Assicurazione.

Validità Proposta di polizza: 6 mesi dalla data di emissione

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Mandato SEPA Direct Debit Core

RIFERIMENTO MANDATO (codice assegnato da CNP Assurances SA):

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Debitore: _____

Indirizzo _____

CAP: _____ Località: _____

Provincia: _____ Paese: _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

IBAN del Titolare del Conto Corrente _____

Ragione Sociale del Creditore: **CNP Assurances SA Rappresentanza Generale per l'Italia**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT680010000004341440966**

Sede Legale: **Via Bocchetto, 6**

CAP: **20122** Località: **Milano**

Provincia: **MI** Paese: **Italia**

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo _____ , Data _____ Firma dell'Intestatario/ Debitore _____

COPIA PER L'ADERENTE/ASSICURATO

Pagina 4/5

Mod. 2.01S.B.019.01UQMS.1805

CNP Assurances S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 686.618.477

Rappresentanza generale per l'Italia - Via Bocchetto, 6 - 20123 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 Bocchetto, 6 - 20123 Milano

C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA "PROTEZIONE MUTUO EASY/FULL" A PREMIO MENSILE

Polizza Collettiva n° 020000167
Contratto di Assicurazione abbinato ai Mutui

Proposta di Adesione n°

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver ricevuto, il Fascicolo Informativo (verione Maggio 2018) – 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'Aderente/Assicurato _____

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C.C. l'Aderente/Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione: Art 1.2 (Requisiti di assicurabilità – Adesione alle Coperture Assicurative), Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 4 (Prestazioni in caso di sotto-assicurazione) Art. 12 (Limiti assuntivi – Formalità di Assunzione), Art. 14 (Perdita dei requisiti di assicurabilità dell'Aderente/Assicurato), Art.15 (Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato dalla copertura assicurativa), Art. 28 (Mediazione e Foro Competente), Art. 30 (Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato relative alle circostanze del rischio), Artt. 37, 41, 46.1 (Franchigia), Artt. 33, 35, 38, 42, 44.1, 46 (Carenza), Artt. 39, 43, 47 (Denunce successive), Art. 48 (Esclusioni).

Data _____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Prestazione del consenso al trattamento dei dati

Se hai ricevuto l'informativa allegata al Fascicolo Informativo e ne hai compreso il contenuto, CNP Assurances S.A. ti chiede di apporre la tua firma, in calce alla presente dichiarazione di consenso al trattamento dei tuoi dati sensibili relativi allo stato di salute e alla comunicazione degli stessi a terzi e destinatari.

Data _____

Firma dell'Aderente/Assicurato _____

CNP Assurances S.A.

Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale: € 686.618.477
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Bocchetto, 6 - 20123 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 Bocchetto, 6 - 20123 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308