

CREDITOR PROTECTION

Copertura Assicurativa collettiva e **FACOLTATIVA** abbinabile a Mutui e Aperture di credito chirografari Imprese **a premio unico anticipato finanziato.**

Il presente Fascicolo Informativo contenente:
NOTA INFORMATIVA
INFORMATIVA SULLA PRIVACY
GLOSSARIO
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
MODULO DI ADESIONE (FAC SIMILE)

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

SOMMARIO

NOTA INFORMATIVA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	1 di 40
B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE.....	2 di 40
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI -COMUNICAZIONI	7 di 40

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 10 di 40

GLOSSARIO 14 di 40

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I: Condizioni Generali di Assicurazione..... 19 di 40

Art. 1 Oggetto del Contratto: Coperture Assicurative	19 di 40
Art. 2 Modalità di Adesione alla Polizza Collettiva.....	19 di 40
Art. 3 Capitale Assicurato iniziale e massimali	21 di 40
Art. 4 Cumulo e Designazione Assicurati	21 di 40
Art. 5 Cessazione del rapporto tra Assicurato ed Impresa	21 di 40
Art. 6 Termine delle garanzie.....	22 di 40
Art. 7 Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento	22 di 40
Art. 8 Pagamento del premio	24 di 40
Art. 9 Diritto di Recesso dalla Copertura Assicurativa.....	25 di 40
Art. 10 Beneficiari	25 di 40
Art. 11 Denuncia del Sinistro	25 di 40
Art. 12 Modalità di liquidazione dei sinistri	27 di 40
Art. 13 Pagamento delle prestazioni assicurate	27 di 40
Art. 14 Inadempimenti e/o ritardi del Impresa	27 di 40
Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione	27 di 40
Art. 16 Prescrizione	27 di 40
Art. 17 Imposte e tasse	27 di 40
Art. 18 Rinvio alle norme di legge	27 di 40
Art. 19 Diritto alle prestazioni	27 di 40
Art. 20 Clausola Liberatoria	27 di 40
Art. 21 Mediazione	28 di 40
Art. 22 Reclami	28 di 40
Art. 23 Dichiarazione dell'Assicurato e dell'Impresa relative alle circostanze del rischio	29 di 40

PARTE II: Condizioni particolari di Assicurazione30 di 40

Art. 24 <i>Caratteristica</i> e Prestazione della Copertura di Invalidità Totale e Permanente	30 di 40
Art. 25 <i>Caratteristica</i> e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero.....	31 di 40
Art. 26 <i>Caratteristiche</i> e Prestazione della copertura Malattia Grave	32 di 40
Art. 27 <i>Caratteristiche</i> e Prestazione della copertura di Inabilità Totale Temporanea	34 di 40

PARTE III: Esclusioni35 di 40

Art. 28 Esclusioni.....	35 di 40
-------------------------	----------

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA38 di 40

NOTA INFORMATIVA

Relativa alla Polizza Collettiva N. 020000173
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'Impresa/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**
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI - COMUNICAZIONI**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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 all'**Invalidità Totale Permanente** da Infortunio o Malattia, alla **Malattia Grave**, all'**Inabilità Totale Temporanea** da infortunio o Malattia e al **Ricovero Ospedaliero**.

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

Patrimonio netto = 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%.

I dati riportati della Compagnia sono relativi all'ultimo bilancio approvato (31 Dicembre 2017).

E' possibile consultare gli aggiornamenti sul sito internet della Compagnia: www.cnpitalia.it

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Il presente Contratto di Assicurazione è ad adesione FACOLTATIVA e prevede le seguenti Garanzie Danni: Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero.

Le Coperture hanno una durata massima di 120 mesi. Per dettagli si rimanda all'art. 6 "TERMINE DELLE GARANZIE" delle Condizioni di Assicurazione.

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 Assicurative. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

- **art. 3 (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. 2.1 ("Formalità di Ammissione"), che disciplina i limiti d'età per poter sottoscrivere la Copertura Assicurativa;**
- **artt. 24.1, 25.2, 26.1, 27.2 ("Carenza"), che regolamentano il periodo di "Carenza" applicabile alle garanzie Invalidità Totale Permanente conseguente a malattia, Ricovero Ospedaliero conseguente a malattia, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea conseguente a malattia (vale a dire il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale le garanzie non sono operative);**
- **artt. 25.1, 27.1 ("Periodo di Franchigia"), che regolamentano il "Periodo di Franchigia" applicabile alle garanzie Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea (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. 25.3, 27.3 ("Denunce successive") che regolamentano il "Periodo di riqualificazione" applicabile alle garanzie Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea (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. 28 ("Esclusioni")**, che disciplina le specifiche limitazioni all'operatività delle Coperture Assicurative.

Le Garanzie prevedono le seguenti franchigie:

- **RICOVERO OSPEDALIERO**: franchigia pari a 7 giorni
- **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**: franchigia di 60 giorni
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**: franchigia del 59%

Le Garanzie prevedono i seguenti periodi di carenza:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**: 60 giorni per malattia
- **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**: 60 giorni per malattia
- **RICOVERO OSPEDALIERO**: 60 giorni per malattia
- **MALATTIA GRAVE**: 90 giorni

Le Garanzie prevedono i seguenti massimali:

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Malattia**: debito residuo con un massimo di € 500.000
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Infortunio**: debito residuo raddoppiato del suo valore fino ad un massimo di €1.000.000
- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da Incidente stradale**: debito residuo triplicato del suo valore fino ad un massimo di €1.500.000
- **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**: massimo 12 rate mensili per sinistro e massimo 48 per contratto. Il limite della rata mensile è pari a € 2.000
- **RICOVERO OSPEDALIERO**: massimo 12 rate mensili per sinistro e massimo 48 per contratto. Il limite della rata mensile è pari a € 2.000
- **MALATTIA GRAVE**: debito residuo con un massimo di € 500.000

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 (trenta) giorni, la Prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) 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 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

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

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

ESEMPI – in relazione a Coperture e indennizzi

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

Garanzia: Invalidità Totale Permanente

Postumi da invalidità totale permanente da malattia pari o superiore al 60%.	Verrà liquidato un indennizzo pari al debito residuo del Finanziamento alla data dell'evento.
Postumi da invalidità totale permanente da infortunio pari o superiore al 60%.	Verrà liquidato un indennizzo pari al doppio del debito residuo del Finanziamento alla data dell'evento.
Postumi da invalidità totale permanente valutati pari al 59%	Nessun indennizzo liquidato

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 30 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.

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

Ai fini della stipula della Copertura Assicurativa, l'Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio, ai sensi dell'art. 23 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'Assicurato sulla necessità di leggere le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla compilazione del "Questionario Medico" ovvero del "Rapporto di Visita Medica".

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Non sussiste alcuna ipotesi di aggravamento o diminuzione del rischio che comporti l'esigenza di una specifica comunicazione all'Assicuratore.

6. Premi

L'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Impresa di un **premio unico anticipato finanziato**, comprensivo dell'imposta di assicurazione. Il premio è calcolato in funzione della

durata del Finanziamento e dell'ammontare dello stesso. L'importo del Premio viene versato mediante addebito in conto corrente a fronte dell'autorizzazione rilasciata al Contraente da parte dell'Impresa, contenuta nel Modulo di Adesione.

L'incasso di tale somma da parte del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia. Il premio unico relativo alle coperture assicurative risulterà esplicitato nel Modulo di Adesione.

Tasso di Premio lordo *
0,0545%

* comprensivo di imposte pari al 2,50%

Il Premio presenta i seguenti costi:

Costi Totali	Provvigioni percepite dall'intermediario	
	In termini % del premio netto versato	In termini % dei Costi Totali
60,07%	49,50 %	82,4%

Si precisa che il 49,50% del Premio al netto imposte (€ 49,50 per ogni € 100,00 di premio netto imposte) è corrisposto all'intermediario quale provvigione.

AVVERTENZA:

In caso di estinzione anticipata totale, accollo o di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito, la Compagnia, qualora non risultino sinistri in corso, provvederà alla restituzione all'Impresa della parte di premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto per il tramite del Contraente.

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, la Compagnia, qualora non risultino sinistri in corso, provvederà alla restituzione all'Impresa della quota parte di premio corrispondente alla quota di debito estinto anticipatamente, per il tramite del Contraente.

In alternativa, per entrambi i casi sopra citati, l'Impresa potrà richiedere il mantenimento della copertura assicurativa originariamente sottoscritta.

In tale caso, le prestazioni saranno liquidate sulla base del piano di ammortamento originariamente sottoscritto dall'Impresa al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Si rinvia agli artt. 7 e 7.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

7. Costi

I costi effettivamente sostenuti dall'Impresa sono rappresentati dal premio – calcolato in conformità a quanto di seguito indicato.

7.1 Costi gravanti sul premio

Il costo trattenuto dalla Compagnia, a titolo di **spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione**, già incluso nel tasso di premio e comprensivo delle provvigioni retrocesse all'Intermediario, è pari alla seguente percentuale:

Costi Totali di acquisizione e gestione del Contratto in % del premio netto versato
60,07%

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

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

Nella tabella successiva vengono riportate le provvigioni **retrocesse all'Intermediario** per l'attività di intermediazione svolta, calcolata sul Premio Unico versato al netto delle imposte e in relazione ai Costi Totali:

Provvigioni percepite dall'intermediario	
In termini % del premio netto versato	In termini % dei Costi totali
49,50 %	82,4%

8. Sconti

Sulle garanzie offerte, in ragione della durata poliennale del contratto, è stata riconosciuta una riduzione pari al 3,00% del premio medesimo.

AVVERTENZA:

Al riguardo si rammenta che, ai sensi dell'art.1899 Cod. Civ., l'esercizio del diritto di recesso non è consentito nei primi 5 anni di vita del contratto, fatto salvo il recesso nei 60 giorni dalla decorrenza della Copertura assicurativa (definita all'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione) e i casi di estinzione anticipata del Finanziamento. Si rimanda per i dettagli all'Art. 9.1 "Diritto di Recesso Garanzie Danni" delle Condizioni di Assicurazione.

9. Regime Fiscale

I premi delle assicurazioni per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,50%.

10. Diritto di Recesso

L'Impresa ha il diritto di recedere dal presente contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

La comunicazione di recesso potrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il finanziamento o, in alternativa, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare sempre alla medesima filiale. Sarà cura del Contraente comunicare alla Compagnia la richiesta di recesso.

La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva all'interno dello stesso mese di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso dell'intero premio versato. Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva nel mese successivo a quello di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte.

10.1 Diritto di Recesso Garanzie Danni

Oltre al diritto di recesso di cui al precedente articolo, l'Impresa ha la facoltà di recedere dal contratto, annualmente, entro 60 giorni dalla fine dell'annualità, trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza, in virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari al 3,00 % 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 recesso.

La comunicazione di recesso potrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il finanziamento o, in alternativa, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare sempre alla medesima filiale. Sarà cura del Contraente comunicare alla Compagnia la richiesta di recesso.

La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso della quota parte di premio non goduta entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

11. Prescrizione

Il Codice Civile (art. 2952) dispone che, per le assicurazioni danni 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.

12. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI -COMUNICAZIONI

13. Sinistri

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto. Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione possono essere inviati mediante posta, fax oppure via e-mail al seguente recapito:

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

Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

In caso di denuncia di Sinistro riguardante tutte le garanzie, l'Impresa deve osservare i termini e le modalità specificati nell'Art. 11 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 compri secondo i termini di polizza, il sinistro denunciato.

Per maggiori dettagli sulle modalità di liquidazione dei sinistri si rinvia all'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Reclami

La Compagnia è competente per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia stessa.

I reclami 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: 02/72.60.11.51

reclami@cnpitalia.it

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

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

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 21 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

15. Informativa in corso di contratto

La Compagnia si impegna 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 dalle Imprese/Assicurati, senza obbligo di effettuare alcuna altra comunicazione.

La Compagnia si impegna a comunicare per iscritto all'Impresa e al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa che dovessero intervenire in corso di contratto a seguito di modifica della legislazione applicabile.

16. Conflitti di interesse

CNP Assurances S.A. è una compagnia di assicurazione, e tra la stessa e l'Istituto erogante il Finanziamento non sussistono rapporti di partecipazione ovvero rapporti di affari rilevanti ulteriori rispetto alla 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 Adesioni formulate dalle Imprese.

Ai sensi della vigente normativa, anche in presenza di conflitti di interesse le compagnie di assicurazione sono comunque tenute ad operare in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e ad ottenere per le Imprese stesse il miglior risultato possibile.

CNP Assurances S.A. è responsabile della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

CNP Assurances S.A.
il Rappresentante Generale per l'Italia
Gilles Ferréol



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016, La informiamo che:

1. i suoi dati personali (di seguito anche i "Dati"), quali, tra gli altri:

- o nome, cognome, partita iva codice fiscale, luogo e data di nascita, indirizzo fisico e telematico, numero di telefono fisso e/o mobile, numero di conto corrente;
- o relativi alla Sua attività commerciale e/o lavorativa e/o alla Sua condizione familiare, reddituale o patrimoniale;
- o i dati idonei a rilevare lo stato di salute, risultanti da diagnosi, anamnesi, cartelle cliniche e referti etc, per i quali si prevedono tutte le garanzie del caso;
- o i dati relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza, trattati con le garanzie dette, sottoposti al controllo dell'autorità pubblica e/o il cui trattamento è autorizzato dalla legge nazionale.

Sono raccolti e trattati da CNP ASSURANCES S.A., previo consenso esplicito, laddove necessario, con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici e/o automatizzati, per finalità riguardanti:

- a. la conclusione del contratto, gestione ed esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza assicurativa, svolgimento di attività riassicurative;
- b. gli adempimenti di obblighi di legge e di regolamento (obblighi fiscali e contabili e di controllo dell'attività assicurativa), o dipendenti dalla normativa comunitaria (come ad esempio per antiriciclaggio) e/o disposizioni di organi pubblici;
- c. la prevenzione di frodi contrattuali in adempimento di obblighi di legge e di regolamento;
- d. l'assistenza alla clientela sui servizi e prodotti offerti, in ragione degli obblighi in tal senso discendenti dal rapporto instaurato;
- e. attività statistica e di monitoraggio e ottimizzazione dei prodotti e dei servizi offerti (es. attività di attuariato per come regolate dalla normativa di settore);
- f. le esigenze di sicurezza informatica, da soddisfare in osservanza degli obblighi derivanti dalla corretta applicazione dell'art. 33 del Regolamento (UE) 679/2016 (Notificazione della violazione dei dati personali da parte dell'autorità di controllo), e mediante misure adeguate a contenere i rischi dipendenti dai trattamenti messi in atto e valutate anche alla stregua dell'interesse legittimo di CNP ASSURANCES S.A.

2. il conferimento dei Dati è:

- a. necessario per l'esecuzione e per la gestione della Polizza assicurativa;
- b. necessario in base a legge, regolamento o normativa comunitaria e/o disposizioni di organi pubblici.

Il mancato conferimento potrebbe comportare per CNP ASSURANCES S.A. l'impossibilità di dar seguito al rapporto e/o ad attività ad esso connesse e strumentali. Rimane comunque la possibilità di opposizione ai trattamenti basati sul legittimo interesse del titolare e/o di terzi e destinatari.

3. I Dati possono essere raccolti anche presso terzi quali, a titolo esemplificativo:

- la banca;
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori e chi ha la rappresentanza dell'impresa);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- autorità giudiziarie e forze di polizia.

4. I Dati potranno essere comunicati e trattati da:

- a. soggetti determinati, incaricati da CNP ASSURANCES S.A. della fornitura di servizi strumentali o necessari all'esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza assicurativa, presenti sia in Italia e all'Estero, quali, a titolo esemplificativo, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa", quali, istituti di credito convenzionati, incaricati della gestione degli archivi ed elaborazione dei dati, ed altri, Assicuratori, coAssicuratori e riAssicuratori;
- b. altresì, soggetti determinati incaricati da CNP ASSURANCES S.A. per le attività di riguardanti la gestione del contenzioso e/o del rischio assicurato o per le attività di analisi statistica e attuariale, e, infine, a società dell'informazione e di assistenza informatica;
- c. amministrazione finanziaria e altri enti pubblici di interesse, organismi associativi (Ania) e consortili propri del settore assicurativo, IVASS, Autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia dovuta per il raggiungimento delle finalità di gestione della polizza assicurativa;
- d. società controllate o collegate a CNP ASSURANCES S.A. a cui sono demandate attività amministrative funzionali alla gestione del rapporto instaurato;
- e. altre compagnie di assicurazione per la redistribuzione del rischio (coassicurazione e riassicurazione);
- f. soggetti, quali familiari, conviventi, eredi, curatori e/o tutori nel caso delegati a ricevere le informazioni che La riguardano.

La comunicazione riguarda le categorie di dati la cui trasmissione si renda necessaria per lo svolgimento delle attività e per il perseguimento delle finalità da parte di CNP ASSURANCES S.A. nella gestione del rapporto instaurato. Il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato nel caso in cui lo stesso avvenga a fronte di obblighi di legge o per dar corso agli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale o nel caso dovesse ricorrere altra ipotesi di esclusione (quale il legittimo interesse di CNP ASSURANCES S.A.), espressamente prevista anche in dipendenza della corretta applicazione della normativa vigente e di settore, o anche mediante soggetti terzi individuati quali responsabili del trattamento. Laddove la comunicazione coinvolga dati idonei a rivelare lo stato di salute e gli altri dati appartenenti a categorie particolari, le relative operazioni di trattamento avverranno con tutte le garanzie del caso.

Inoltre i Suoi Dati potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori in qualità di soggetti autorizzati. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati verso soggetti indeterminati e non identificabili neanche come terzi.

5. I Suoi Dati sono conosciuti e trattati per il tramite di dipendenti e collaboratori in qualità di soggetti autorizzati.

A questi è consentito l'accesso ai Suoi dati personali nella misura e nei limiti in cui esso è necessario per lo svolgimento delle attività di trattamento che La riguardano.

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

I Suoi dati personali non saranno in alcun modo diffusi o divulgati verso soggetti indeterminati e non identificabili neanche come terzi.

6. I dati personali trattati da CNP ASSURANCES S.A. vengono conservati:

- per il tempo necessario al compimento delle attività legate alla gestione del rapporto instaurato e fino ai dieci anni successivi alla sua conclusione o da quando i diritti che da esso dipendono possono essere fatti valere (ai sensi dell'art. 2952 c.c.);

- per l'adempimento degli obblighi (es. quelli fiscali e contabili) che permangono anche dopo la conclusione del contratto (art. 2220 c.c.), ai cui fini CNP ASSURANCES S.A. deve conservare solo i dati necessari per il loro perseguimento. Sono fatti salvi i casi in cui si dovessero far valere in giudizio i diritti derivanti dal contratto: i Suoi dati, solo quelli necessari per tali finalità, saranno trattati per il tempo richiesto per il loro perseguimento.;

La conservazione dei dati potrebbe rispondere, laddove previsto e documentato da CNP ASSURANCES S.A. al legittimo interesse del titolare del trattamento e/o di terzi e destinatari.

I Dati sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici, situati all'interno dello Spazio economico europeo, e al fine sono assicurate misure di sicurezza adeguate.

7. Lei potrà avere sempre il controllo dei Suoi dati, al fine Le è riconosciuto il diritto di:

- ottenere conferma del trattamento operato da CNP ASSURANCES S.A.;
- accedere ai Suoi dati personali e conoscerne l'origine (quando i dati non sono ottenuti da Lei direttamente), le finalità e gli scopi del trattamento, i dati dei soggetti a cui essi sono comunicati, il periodo di conservazione dei Suoi dati o i criteri utili per determinarlo;
- revocare il consenso in qualunque momento, nel caso in cui questo costituisca la base del trattamento. La revoca del consenso comunque non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso svolto prima della revoca stessa;
- aggiornare o rettificare i Suoi dati personali in modo che siano sempre esatti e accurati;
- cancellare i Suoi dati personali dalle banche dati e/o dagli archivi anche di backup di CNP ASSURANCES S.A. nel caso, in cui non siano più necessari per le finalità del trattamento o se questo si assume come illecito, e sempre se ne sussistano le condizioni previste per legge; e comunque se il trattamento non sia giustificato da un altro motivo ugualmente legittimo;
- limitare il trattamento dei Suoi dati personali in talune circostanze, ad esempio laddove Lei ne abbia contestato l'esattezza, per il periodo necessario a CNP ASSURANCES S.A. per verificarne l'accuratezza. Lei deve essere informato, in tempi congrui, anche di quando il periodo di sospensione si sia compiuto o la causa della limitazione del trattamento sia venuta meno, e quindi la limitazione stessa revocata;
- ottenere i Suoi dati personali, se trattati da CNP ASSURANCES S.A. con il Suo consenso e/o se il loro trattamento avvenga sulla base di un contratto e con strumenti automatizzati, in formato elettronico anche al fine di trasmetterli ad altro titolare del trattamento.

CNP ASSURANCES S.A. dovrà procedere in tal senso senza ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della Sua richiesta. Il termine può essere prorogato di due mesi, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste ricevute da CNP ASSURANCES S.A. In tali casi questa, entro un mese dal ricevimento della Sua richiesta, dovrà informarla e metterla al corrente dei motivi della proroga.

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

Per motivi relativi alla Sua situazione particolare, può opporsi in ogni momento al trattamento dei Suoi dati personali se esso è fondato sul legittimo interesse. Lei ha diritto alla cancellazione dei Suoi dati personali, con salvezza dei trattamenti compiuti prima della Sua richiesta, se non esiste un motivo legittimo prevalente rispetto a quello che ha dato origine alla Sua richiesta.

Fatta salva ogni altra azione in sede amministrativa o giudiziale, può presentare un reclamo all'autorità garante per la protezione dei dati personali, a meno che Lei non risieda o non svolga la Sua attività lavorativa in altro Stato membro. In tale ultimo caso, o in quello in cui la violazione della normativa in materia di protezione dei dati personali avvenga in altro paese dell'Ue, la competenza a ricevere e conoscere il reclamo sarà delle autorità di controllo ivi stabilite.

Per ogni informazione, può rivolgersi a:

Il Titolare del trattamento	CNP ASSURANCES S.A.	Via Bocchetto 6 – 20123 Milano Per ogni richiesta relativa all’esercizio dei Suoi diritti CNP ASSURANCES S.A. mette a disposizione l’indirizzo e-mail dedicato: privacy@cnpitalia.it
Il Responsabile della protezione dei dati (o Data Protection Officer)	DPO	dpo.it@cnppartners.eu

Ogni aggiornamento della presente informativa Le sarà comunicato tempestivamente e mediante mezzi congrui e altrettanto Le sarà comunicato se la CNP ASSURANCES S.A. darà seguito al trattamento dei Suoi dati per finalità ulteriori rispetto a quelle di cui alla presente informativa prima di procedervi e in tempo per prestare il consenso se necessario.

GLOSSARIO

Ammortamento

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

Apertura di credito

Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma mutuata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato.

Assicurato

La persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, residente in Italia e designata dall'Impresa che presenta i requisiti di assicurabilità previsti all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione

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

Beneficiario

L'Impresa che aderisce alla Polizza Collettiva.

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.

Compagnia

CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Impresa stipula il contratto di assicurazione.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Unicredit S.p.a.

Contratto di Assicurazione

Costituito dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato.

Copertura Assicurativa

Garanzia assicurativa collettiva e Facoltativa concessa dalla Compagnia all'Impresa ai sensi della Polizza Collettiva e in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione, a favore del Beneficiario, al verificarsi del sinistro.

Debito Residuo

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante alla data del sinistro. Dal calcolo sono escluse eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'evento.

Data di Decorrenza della copertura assicurativa

Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Finanziamento

Il Mutuo o l'Apertura di Credito.

Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile in termini di polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.

Importo Erogato del Finanziamento

L'importo erogato del Mutuo, o concesso dall'Apertura di credito, dal Contraente all'Impresa; può differire dall'Importo Richiesto nel caso in cui venga finanziato anche il Premio della presente Polizza Collettiva e/o di altre coperture connesse al Mutuo o dall'Apertura di credito.

Importo Richiesto del Finanziamento

L'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente.

Inabilità Totale Temporanea

Perdita temporanea e totale 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.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio - Incidente stradale

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione s'intende quell'infortunio, come definito dal comma precedente e cagionato da veicoli o mezzi meccanici – esclusi quelli ferroviari- in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

Sono considerati come infortunio anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;

- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti ai termini delle presenti condizioni particolari;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- quelli sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Impresa

La società di piccole o medie dimensioni che ha richiesto un finanziamento chirografario con il Contraente, ha aderito alla Polizza Collettiva, che designa l'Assicurato e corrisponde il premio di assicurazione.

Invalidità Totale permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'assicurato purché proficua e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 60%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

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 e permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);

- Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento 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.

La stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato viene accertato dalla Società, alla quale spetta la valutazione circa l'esistenza delle condizioni di pagamento delle prestazione garantite.

Istituto

Unicredit S.p.a.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal governo.

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 della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un nuovo ictus.

INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

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

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

TRAPIANTO D'ORGANO

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

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

INSUFFICIENZA RENALE

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

Massimale

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

Modulo di Adesione:

Il modulo sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato per l'adesione alla Polizza Collettiva che contiene tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Mutuo Chirografario

Il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine non garantito da ipoteca su immobili.

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare all'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.

Polizza Collettiva

Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati.

Premio

Il premio che viene versato dall'Impresa per il tramite del Contraente alla Compagnia in relazione alle coperture prestate con la presente polizza.

Questionario Medico

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

Rapporto di Visita Medica

Il modulo che deve essere compilato dall'Assicurato e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio.

Ricovero Ospedaliero

Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Sinistro

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

relative alla Polizza Collettiva N. 0200000173

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

La presente Polizza abbinabile al Finanziamento di nuova erogazione, è facoltativa e non indispensabile all'ottenimento del Finanziamento.

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'Impresa di beneficiare, nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, delle Coperture Assicurative per gli Assicurati da essa designati.

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.

Art. 2 Modalità di Adesione alla Polizza Collettiva

Possano aderire alla Copertura Assicurativa le Imprese che:

1. siano Clienti dell'Istituto e che abbiano stipulato con lo stesso un Finanziamento;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. siano un'azienda di diritto italiano
4. abbiano aderito contemporaneamente anche alla Polizza collettiva nr. 910814 stipulata dal Contraente con CNP Unicredit Vita S.p.a., avente per oggetto la garanzia Decesso.
5. abbiano pagato il premio

Sono assicurabili le persone fisiche, designate dall'Impresa che:

1. siano collaboratori, soci o dipendenti, di rilevante importanza per l'Impresa e che siano stati designati dall'Impresa all'interno del modulo di Adesione;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione nelle parti di competenza dell'Assicurato;
3. abbiano provveduto a compilare e sottoscrivere il Questionario Medico o il Rapporto di visita medica e gli stessi siano stati valutati positivamente dalla Compagnia;
4. siano residenti in Italia;
5. abbiano un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo, non inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni non compiuti e alla scadenza del Finanziamento abbiano un'età non superiore a 75 anni non compiuti;

Art. 2.1 Formalità di ammissione

L'Impresa e l'Assicurando manifestano l'interesse alla Polizza mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Adesione, completato in ogni parte e firmato rispettivamente dall'Impresa e dall'Assicurando il quale dovrà, in base al Capitale Assicurato iniziale, dare indicazioni sul proprio stato di salute secondo il seguente schema:

Importo Assicurato	Età alla stipula da 18 a 65 anni compiuti	Età alla stipula da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000, 00 Fino a € 500.000,00	Rapporto di Visita Medica	Rapporto di Visita Medica

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario medico ed eventualmente anche gli esami medici, ulteriori accertamenti diagnostici necessari per una corretta valutazione del rischio.

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

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

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento si verificano variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla polizza.

In caso contrario valgono le disposizioni dell'articolo 23 "Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio".

Se alla scadenza del termine di 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo.

Art. 2.2 Perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso a condizione che:

- venga valutata positivamente l'adeguatezza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Impresa.
- L'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il modulo di adesione;
- l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dalla Compagnia; ovvero
- si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto di Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dalla Compagnia;
- la stipula del finanziamento avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.3 Decorrenza delle coperture

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno della stipula del Finanziamento.

Art. 3 Capitale Assicurato iniziale e massimali

Il capitale inizialmente assicurato sarà uguale all'importo del Finanziamento richiesto di nuova erogazione. Il Capitale massimo Assicurabile è pari a €500.000. Qualora il finanziamento erogato superi € 500.000 per singolo Assicurato il Capitale Assicurato sarà limitato a tale importo.

Art. 4 Cumulo e Designazione Assicurati

La Compagnia al momento dell'Adesione effettua verifiche sui limiti di Capitale assicurato per Impresa e per Assicurato tenendo conto della somma dei capitali assicurati di tutte le eventuali coperture di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave, sottoscritte tra l'Impresa, l'Assicurato e la Compagnia. Se la somma dei Capitali (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Impresa e €500.000 per Assicurato la Compagnia non accetta il rischio.

Art. 4.1 Designazione di più Assicurati per lo stesso Contratto di Finanziamento

Per ogni contratto di finanziamento l'Impresa può assicurare più Assicurati. In tal caso per ogni singolo Assicurato il Capitale assicurato è pari al 100% dell'importo finanziato.

Art. 5 Cessazione del rapporto tra Assicurato ed Impresa

Nel corso di validità del Contratto qualora l'Assicurato dovesse cessare il proprio rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, quest'ultima potrà indicare il nominativo di un altro collaboratore, dipendente o socio che dovrà ritenersi assicurato in sostituzione del precedente. Per poter comunicare il cambiamento dell'Assicurato, l'Impresa ed il nuovo Assicurato dovranno sottoscrivere l'apposito Modulo di Sostituzione Assicurato disponibile presso la filiale del Contraente dove è stato acceso il finanziamento.

All'interno del Modulo di Sostituzione Assicurato dovranno essere riportati i seguenti dati:

1. numero di rapporto del Finanziamento;
2. dati societari dell'Impresa;
3. dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
4. dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
5. data di decorrenza della garanzia (deve corrispondere alla data di stipula del Finanziamento);
6. data di scadenza della garanzia (deve corrispondere alla Data di scadenza del Finanziamento);
7. data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato);
8. capitale residuo del Finanziamento alla data di effetto della sostituzione.

Il nuovo Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2 e deve ottemperare alle modalità assuntive di cui all'art. 2.1; a tal proposito, quanto previsto dalla tabella di cui all'art. 2.1 stesso, viene determinato non più in base all'importo richiesto del Mutuo o Apertura di credito, ma bensì in base al capitale residuo in essere alla data di sottoscrizione del modulo di sostituzione.

Fino a produzione della documentazione assuntiva e alla relativa accettazione da parte della Compagnia alle coperture assicurative, l'efficacia della garanzia per il nuovo Assicurato è limitata ai sinistri riconducibili a infortuni. Qualora si verificasse un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% non riconducibile a infortunio, oppure di Malattia Grave nel periodo antecedente l'accettazione della Compagnia alle coperture assicurative, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato secondo la formulazione indicata all'art. 7 "Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento ed in questo caso sarà da ritenersi cessato

il contratto di Assicurazione. Nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, l'assicurato sia ritenuto non ammissibile in copertura, la Compagnia rimborserà, per il tramite del Contraente, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di sottoscrizione del modulo di sostituzione, secondo la formulazione indicata all'art. 7 "Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento", che verrà computato dal Contraente stesso a credito dell'Impresa al fine di ridurre il debito residuo del Finanziamento ed in questo caso sarà da ritenersi cessato il contratto di Assicurazione.

Art. 6 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 Finanziamento e non può essere superiore a 120 mesi (10 anni).

Le singole coperture hanno comunque termine:

- con il recesso del contratto;
- con il decesso dell'Assicurato nel corso della durata del contratto di Finanziamento;
- con la liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Assicurato;
- con la liquidazione dell'indennizzo per Malattia Grave;
- in caso di anticipata estinzione totale, trasferimento, accollo del Finanziamento (nel caso in cui l'Impresa non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
- in caso in cui l'Impresa non sia più residente in Italia.

Art. 7 Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento Finanziamento

In caso di anticipata estinzione Totale del Finanziamento (non successiva alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente o Malattia Grave dell'Assicurato), ovvero nei casi di trasferimento o di accollo del Finanziamento, le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/accollo del Finanziamento. La Compagnia restituirà all'Impresa, per il tramite del Contraente, entro 30 giorni dalla data di estinzione, la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduto calcolata sulla base della seguente formula:

$$R = [PPU \times ((N - K) * (N-K+1))/(N * (N+1)) + H * (N-K)/N] \times Cap_est / DR$$

Dove:

R = importo da rimborsare

Ppu = Premio Unico anticipato puro = $P / 1,025 - H$

P = Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata della copertura espressa in mesi

K = differenza in mesi tra la data decorrenza dalla copertura e la data di effetto dell'estinzione totale (dato arrotondato per difetto)

DR = debito residuo prima dell'estinzione totale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione totale anticipata versato dal cliente

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

Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di recesso non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene.

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000; durata del Finanziamento 120 mesi
In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 60 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

$$P = € 3.000$$

$$P_{pu} = € 2.640$$

$$H = € 360$$

$$N = 120$$

$$K = 60$$

$$DR = € 59.837$$

$$Cap_{est} = € 59.837$$

$$R = [2.640 \times ((60) * (61))/(120 *(121))+ 360 *60/120] \times 59.837/59.837$$

$$R = € 845,46$$

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

L'importo sopra determinato sarà accreditato dal Contraente entro 30 giorni sul conto corrente dell'Impresa. In alternativa al rimborso del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite del Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale. In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario **al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.**

Art. 7.1 Estinzione Parziale del Finanziamento

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

La Compagnia, provvederà, per il tramite del Contraente ed entro 30 giorni dalla data di estinzione, alla restituzione all'Impresa della quota parte di premio in proporzione alla quota di debito estinto anticipatamente, sulla base della seguente formula:

$$R = [PPU \times ((N-K) * (N-K+1))/(N *(N+1))+ H *(N-K)/N] \times Cap_{est} / DR$$

Dove:

R =importo da rimborsare

Ppu = Premio Unico anticipato puro = $P / 1,025 - H$

P = Premio unico anticipato finito, inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = durata della copertura espressa in mesi

K = differenza in mesi tra la data decorrenza dalla copertura e la data di effetto dell'estinzione parziale (dato arrotondato per difetto)

DR = debito residuo prima dell'estinzione parziale anticipata

Cap_est = importo dell'estinzione parziale anticipata versato dal cliente

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

ESEMPIO

P = € 3.000

Ppu = € 2.640

H = € 360

N = 120

K = 60

DR = € 59.837

Cap_est = € 10.000

$$R = [2.640 \times ((60) * (61))/(120 *(121))+ 360 *(60)/120] \times 10.000/59.837$$

$$R = € 141,29$$

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

L'importo sopra determinato sarà accreditato dal Contraente entro 30 giorni sul conto corrente dell'Impresa. In alternativa al rimborso parziale del premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento, l'Impresa può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale. In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

Art. 8 Pagamento del premio

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

- della durata del Finanziamento
- dell'importo del Capitale Assicurato

L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione è determinato applicando la seguente formula:

$$P = T \times N \times I$$

dove:

P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)

T tasso mensile pari a 0,05450%

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

I Importo richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo).

Il Premio è finanziato e viene versato mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa a fronte dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultima al Contraente, contenuta nel Modulo di Adesione.

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

Art. 9 Diritto di Recesso dalla Copertura Assicurativa

L'Impresa ha il diritto di recedere dal presente contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

La comunicazione di recesso può essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente. In alternativa, la comunicazione potrà essere effettuata tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare alla filiale del Contraente ove è stato acceso il finanziamento. Sarà cura del Contraente comunicare alla Compagnia la richiesta di recesso.

La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva all'interno dello stesso mese di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso del premio lordo. Qualora l'Impresa richiedesse di recedere dalla presente Polizza Collettiva nel mese successivo a quello di Decorrenza dell'Assicurazione, la Compagnia provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte.

Art. 9.1 Diritto di Recesso Garanzie Danni

Oltre al diritto di recesso di cui all'Art.9, l'Impresa ha la facoltà di recedere dal presente contratto, annualmente, entro 60 giorni dalla fine dell'annualità, trascorsi 5 anni dalla decorrenza della Polizza, in virtù dell'applicazione della riduzione di premio pari al 3,00 % 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 recesso.

La comunicazione di recesso dovrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo presso la filiale del Contraente. In alternativa, la comunicazione potrà essere effettuata tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da indirizzare alla filiale del Contraente ove è stato acceso il finanziamento. Sarà cura del Contraente comunicare all'Assicurazione la richiesta di recesso.

La Compagnia provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso della quota parte di premio non goduta entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Art. 10 Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Polizza Collettiva è l'Impresa.

Art. 11 Denuncia del Sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto.

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione, riguardanti le coperture **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, MALATTIA GRAVE, RICOVERO OSPEDALIERO e INABILITA' TOTALE TEMPORANEA** devono essere inviate mediante posta, fax oppure via e-mail al seguente recapito:

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Sinistri
Via Bocchetto, 6 – 20123 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
sinistri@cnpitalia.it

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

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da INFORTUNIO

- Attestazione di invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia della patente di guida, se l'invalidità è stata determinata da un incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

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

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da MALATTIA

- Attestazione di invalidità Civile rilasciata dagli Enti preposti o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente, secondo le Tabelle Inail indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
- Copia del piano di ammortamento del Finanziamento abbinato alla Polizza.
- Relazione del Medico curante su apposito modulo rilasciato dalla Compagnia (contattare il numero verde 800 222 622)

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

INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE da INFORTUNIO O MALATTIA

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

RICOVERO OSPEDALIERO da INFORTUNIO O MALATTIA

- Certificato di dimissioni dal ricovero rilasciato dall'ospedale
- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero
- Copia del piano di ammortamento del finanziamento abbinato alla polizza

MALATTIA GRAVE

- Certificato medico attestante la prima diagnosi della Malattia Grave
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica relativi alla Malattia Grave
- Copia del Piano di ammortamento del finanziamento abbinato alla polizza

L'elenco della documentazione da presentare è anche riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri della Compagnia che potrà essere richiesto direttamente alla Compagnia oppure recandosi presso la filiale del contraente presso la quale è stato sottoscritto il contratto di finanziamento.

L'Assicurato e/o l'Impresa devono consentire a CNP di effettuare le valutazioni del caso.

L'Assicurato e/o l'Impresa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a:

CNP - SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

Art. 12 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. 10.

Art. 13 Pagamento delle prestazioni assicurate

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

Art. 14 Inadempimenti e/o ritardi del Impresa

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

L'Istituto provvederà a comunicare alla Compagnia la parte di debito da indennizzare.

Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 16 Prescrizione

Il Codice Civile (art. 2952) dispone che, per le assicurazioni danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero), 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.

Art. 17 Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Convenzione sono a carico dell'Impresa. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 18 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 Diritto alle prestazioni

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

Art. 20 Clausola Liberatoria

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa Polizza Collettiva, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro nei confronti di Compagnia eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

Art. 21 Mediazione

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

Organismo di Conciliazione Forense di Milano
Via Freguglia, 1 – 20122 MILANO
Tel. 02.54019715 conciliazione@ordineavvocatimilano.it

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

Art. 22 Reclami

La Compagnia è competente per i reclami che hanno per oggetto lamentele sugli aspetti pre-contrattuali e contrattuali di polizza (es: sulle prestazioni delle coperture, condizioni di polizza, ecc.) e sul comportamento tenuto dalla Compagnia stessa.

I reclami 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: 02/72.60.11.51

reclami@cnpitalia.it

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Compagnia in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Compagnia e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

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

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 21 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

Art. 23 Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato 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 di reticenze siano relative a circostanze tali per le quali la Compagnia 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 relazione proporzionale al maggior rischio accertato e al premio superiore che sarebbe stato richiesto in sede di stipulazione delle 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. 24 **Caratteristiche e Prestazioni della Copertura di Invalidità Totale e Permanente**

Rischio assicurato

Ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 28, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60% causata da Infortunio o Malattia.

Indennizzo

Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuta (anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione) un'Invalidità Totale Permanente **di grado pari o superiore al 60%**, entro 2 anni dall'infortunio o in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di diagnosi della Malattia, CNP garantisce, **fermo restando i massimali di cui all'art. 3**, la corresponsione al Beneficiario di una somma pari:

- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia, all'ammontare del debito residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesta l'Invalidità Totale Permanente presentata agli enti competenti;
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio, al doppio dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento alla data dell'infortunio;
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da incidente stradale, al triplo dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento alla data dell'infortunio.

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

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

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente potrà essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia.

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

AVVERTENZA

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.

La prestazione per Invalidità Totale Permanente non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla garanzia Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero o Inabilità Totale Temporanea nel periodo intercorrente tra la data di accertamento e la data della liquidazione dell'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per e Malattia Grave dell'Assicurato.

Art. 24.1 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. 25 Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, 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

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, fermo restando le esclusioni all'art. 28, la corresponsione di una somma pari all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili che hanno scadenza, **trascorsi 7 giorni di franchigia**, durante il restante periodo del ricovero stesso, con **il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile**.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 nel corso della durata contrattuale.

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.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata della garanzia Inabilità Totale Temporanea. La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene negli 8 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero in caso di liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.

Art. 25.1 Franchigia

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

Art. 25.2 Carenza

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

Art. 25.3 Denunce successive

Qualora 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. 26 Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, il rischio coperto è una delle Malattie Gravi di seguito riportate.

Indennizzo

La Compagnia garantisce, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, **fermo restando le esclusioni all'art.28**, la corresponsione in un'unica soluzione di una somma pari all'ammontare del debito residuo del Finanziamento contratto dall'Impresa con il Contraente alla data del verificarsi dell'evento.

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.

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 dalla garanzia Ricovero Ospedaliero e Inabilità Temporanea Totale. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero o Inabilità Totale Temporanea nel periodo intercorrente tra la data di diagnosi e la data di liquidazione della Malattia Grave, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per Invalità Totale Permanente.

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

La Copertura Assicurativa non prevede il pagamento di alcuna prestazione Malattie Grave qualora il decesso dell'assicurando 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, di cui si fornisca prova certa. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. 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 della 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. 26.1 Carenza

La Compagnia applicherà un periodo di carenza di 90 giorni.

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

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

Inoltre, per quanto riguarda la garanzia Malattie Gravi, 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. 27 Caratteristiche e Prestazione della copertura di Inabilità Totale Temporanea

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 28, il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia.

Indennizzo

La Compagnia in caso di sinistro liquiderà mensilmente, **fermo restando le esclusioni all'art. 28**, la corresponsione di una somma pari all'importo effettivo (così come comunicato dall'Istituto) delle rate mensili del Finanziamento. L'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo **al termine del periodo di franchigia di 60 giorni** e successivamente verrà liquidato ogni 30 gg nel perdurare dello stato di inabilità.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 indennizzi nell'arco dell'intera durata contrattuale. Qualora il sinistro dovesse perdurare oltre la scadenza della polizza, la Compagnia continuerà ad erogare le prestazioni mensili dovute nel rispetto delle condizioni contrattuali e fino ad un massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro.

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.

La prestazione di Inabilità Totale Temporanea non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata della garanzia Ricovero Ospedaliero.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso (garanzia offerta da CNP Unicredit Vita S.p.A.) ovvero di liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.

Art. 27.1 Franchigia

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia è sottoposta ad un periodo di franchigia di 60 giorni.

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

Art. 27.2 Carenza

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

Art. 27.3 Denunce successive

Qualora un sinistro per Inabilità Totale Temporanea 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 90 giorni consecutivi.

PARTE III: ESCLUSIONI

Art. 28 Esclusioni

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

- 1. invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- 2. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;**
- 3. partecipazione attiva dell'Assicurato o del Beneficiario a delitti dolosi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- 4. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- 5. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- 6. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- 7. i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- 8. i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- 9. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;**
- 10. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**
- 11. atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;**
- 12. 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);**
- 13. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;**

- 14. Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- 15. L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;**
- 16. Svolgimento dell'Assicurato di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.**

La garanzia Malattia Grave non è operante nei seguenti casi:

17. 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.**

18. 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.**

19. 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.**

20. 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.**

21. Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

Data ultimo aggiornamento Maggio 2018

MODULO DI ADESIONE
COPERTURA ASSICURATIVA
CREDITOR PROTECTION N° 020000173

MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE
A PREMIO UNICO ANTICIPATO FINANZIATO
AD ADESIONE FACOLTATIVA

Dati Finanziamento

Domanda di Mutuo/Apertura di Credito n°

Dati impresa

Ragione sociale
P.IVA/C.F.

Dati Assicurando

Cognome Nome Codice Fiscale

Dati copertura assicurativa

Durata del Mutuo/ Apertura di Credito (espressa in mesi)
Importo richiesto: €

Premio

Premio Unico Anticipato: €
(comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Costi complessivi: €

Provvigione percepita dall'intermediario

Provvigione percepita dall'intermediario: 49,50% dell'imponibile pari a €

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA PRESO ATTO CHE:

- a) Unicredit S.p.a. ha stipulato con CNP Assurances S.A., per conto dei propri clienti, la Polizza Collettiva N°020000173, concernente una Copertura Assicurativa di Inabilità Totale Temporanea, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero, la cui adesione, assolutamente facoltativa, è riservata ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con Unicredit S.p.a.;
- b) a condizione che sia stato versato il relativo premio, le Coperture Assicurative sopra citate decorrono dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento e hanno una durata coincidente con la durata del contratto di Finanziamento (con un massimo di 10 anni);
- c) il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 500.000,00 e che il relativo premio sarà pertanto calcolato sulla base di tale limite massimo. Nel caso in cui l'importo mutuato fosse superiore alla somma di Euro 500.000,00 prevista come limite massimo, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al capitale residuo in essere alla data del Sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo mutuato. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia pari ad un importo maggiore di €500.000), la compagnia sarà tenuta a pagare un importo maggiore di: a) €500.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% e nel caso di Malattia Grave; b) €1.000.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60%; c) € 1.500.000 nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale.

DICHIARA di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini di 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente modulo e con le modalità disciplinate all'art.9 "Diritto di recesso dalla copertura assicurativa" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SI IMPEGNA al pagamento presso Unicredit S.p.a. del premio assicurativo a favore di CNP Assurances S.A. calcolato in base all'importo richiesto e alla durata del Finanziamento indicati nel presente Modulo di Adesione. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

DESIGNA come Assicurato la persona indicata nel frontespizio del presente modulo di Adesione.

DESIGNA l'Impresa stessa quale Beneficiario per le Coperture di Inabilità Totale Temporanea, Inabilità Totale Permanente, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero.

AUTORIZZA Unicredit S.p.a. a trasmettere a CNP Assurances S.A. le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza Collettiva.

Luogo e Data _____

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:

- di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'art.1919 del Codice Civile;
- di essere consapevole che, per essere ammesso alle coperture assicurative di cui alla Polizza Collettiva dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
- di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite Unicredit S.p.a. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto delle modalità assuntiva prevista, posso chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a mio carico;
- di dare mandato irrevocabile all'Impresa, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di Inabilità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60%, di Inabilità Totale Temporanea, di Malattia Grave e di Ricovero Ospedaliero ad incassare ogni indennizzo dovuto dalla Compagnia in base alla presente Polizza Collettiva.

Luogo e Data _____

Firma dell'Assicurando _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Impresa dichiara inoltre:

- di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'art. 9 "Diritto di recesso dalla copertura assicurativa" delle Condizioni Contrattuali;
- di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007), è obbligata a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto con l'impresa e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
- di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Contrattuali, consegnate unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) – i seguenti articoli e norme: art. 2 (Modalità di adesione alla Polizza Collettiva); art. 2.1 (Formalità di ammissione); art. 2.2 (Perfezionamento del contratto); art. 2.3 (Decorrenza delle coperture); art. 7 (Estinzione anticipata totale, accollo, trasferimento finanziamento); art. 7.1 (Estinzione parziale del Finanziamento); art. 9 (Diritto di recesso dalla

copertura assicurativa); art.10 (Beneficiari); art. 11 (Denuncia di sinistro); artt.25.1, 27.1 (Franchigia); artt. 24.1, 25.2, 26.1, 27.2 (Carenza) art. 28 (Esclusioni).

Luogo e Data _____

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

DICHIARAZIONE

- **L'Impresa e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, la Nota Informativa, le Condizioni Contrattuali, il Glossario e l'Informativa sulla privacy.**
- **L'Impresa dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.**

Luogo e Data _____

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

Firma dell'Assicurando _____

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Preso atto dell'informativa, consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, e delle finalità e modalità di trattamento dei dati personali che mi riguardano, e in particolar modo, per l'Assicurato, di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, dichiaro di acconsentire al loro trattamento e alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa con le modalità e per le finalità in essa specificamente previste.

Luogo Data _____

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

Firma dell'assicurato _____