



**COPERTURA ASSICURATIVA
CREDITOR PROTECTION N. 020000173
MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE
A PREMIO UNICO ANTICIPATO FINANZIATO
AD ADESIONE FACOLTATIVA**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

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

COMPAGNIA CNP Assurances S.A.
Sede legale 4, Place Raoul Dautry - Parigi - Capitale sociale : € 643.500.175
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Alberico Albricci 7 - 20122 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 04341440966 - Rea C.C.I.A.A. Milano 1740904

NOTA INFORMATIVA

Relativa alla Polizza Collettiva N. 020000173
Data ultimo aggiornamento Luglio 2016

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., Rappresentanza Generale per l'Italia, 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**.

CNP Assurances S.A. è un'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 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 Prudenciel* - sito internet: www.banque-france.fr/acp

Sede Legale

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

Sede Secondaria

Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Albricci, 7 – 20122 Milano
(telefono: 800.222.662, indirizzo e-mail cnp@pec.Cnpitalia.it, sito internet: www.cnpitalia.it.)

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Situazione patrimoniale di CNP Assurances S.A.

Patrimonio netto (*capitaux propres*) = Euro 9.383.098.639

Capitale sociale = Euro 686.618.477

Riserve patrimoniali = Euro 8.696.480.162

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 448%.

I dati riportati della Compagnia sono relativi all'ultimo bilancio approvato (31 dicembre 2015).

E' possibile consultare gli aggiornamenti sul sito internet della Compagnia:

www.cnpitalia.it

Per esigenze di semplicità, CNP ASSURANCES S.A. è di seguito indicata anche Compagnia o Assicuratore.

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, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero.

Le Coperture hanno una durata massima di 120 mesi. Per maggior 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 ossia: non è possibile attivare contemporaneamente due Coperture Assicurative nello stesso momento in quanto l'Indennizzo versato dalla Compagnia per una garanzia non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra garanzia.

AVVERTENZA - Limiti, Massimali, Esclusioni, Franchigie e Carenze

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

- **art. 3 (Capitale Assicurato iniziale e massimali), che disciplinano 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;**
- **art. 25, 28, 31, 34 ("Carenza"), che regolamentano il periodo di "Carenza" applicabile alle garanzie: Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea (vale a dire il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale le garanzie non sono operative);**
- **art. 27, 33 ("Periodo di Franchigia"), che regolamentano il "Periodo di Franchigia" applicabile alle garanzie Ricovero Ospedaliero e Invalidità 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);**
- **art. 35 ("Denunce successive") che regola il "Periodo di riqualificazione" applicabile alla garanzia Ricovero Ospedaliero (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. 36 ("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:

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

Le Garanzie prevedono i seguenti massimali:

- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Malattia:** debito residuo con un massimo di € 500.000
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Infortunio:** debito residuo raddoppiato del suo valore fino ad un massimo di €1.000.000
- **INVALIDITA' 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 e del Impresa in ordine alle circostanza del rischio - Nullità

Ai fini della stipula della Copertura Assicurativa l'Assicurato e l'Impresa devono fornire dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio, ai sensi dell'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione. La mancata osservanza di tale obbligo può comportare gravi conseguenze e compromettere il diritto alla prestazione.

AVVERTENZA

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato e dell'Impresa 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 ed all'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 della 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 imposte*
0,0545%

* comprensivo di imposte pari al 2,50%

Il Premio presenta i seguenti costi:

Costi Totali	Quota parte dei costi percepita dall'intermediario in due prospettive alternative	
	In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi Totali
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 in media corrisposto all'intermediario a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione della Polizza.

AVVERTENZA:

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

In alternativa, l'Impresa potrà richiedere il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

In tale caso, le prestazioni saranno liquidate sulla base del piano di ammortamento originariamente sottoscritto dall'Assicurato.

Si rinvia all'art. 7 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 - e dagli oneri per eventuali visite/esami medici richiesti dalla Compagnia in fase di assunzione.

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 nei tassi di premio, 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 del Impresa a cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

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

Quota parte dei costi percepita dall'intermediario	
In termini di % del premio netto versato	In termini di % dei Costi totali
49,50 %	82,4%

8. Regime Fiscale

I premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta del 2,50%.

9. Diritto di Recesso

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

La Compagnia provvederà al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'impresa.

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 della Contraente ove è stato acceso il finanziamento. Sarà cura della Contraente comunicare all'Assicurazione la richiesta 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 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. 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.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI - COMUNICAZIONI

12. Sinistri

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto:

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione possono essere inviati mediante posta, o fax oppure via e-mail al seguente recapito:

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

Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni

L'elenco della documentazione necessaria per richiedere la liquidazione delle prestazioni è riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri della Compagnia.

La Compagnia si impegna a liquidare il sinistro entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa e comprovante il sinistro stesso.

13. Reclami

Eventuali reclami sulla gestione sinistri riguardanti e sul rapporto contrattuale relativo alle condizioni generali dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

CNP ASSURANCES
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami

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

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. 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 29 delle Condizioni di Assicurazione), in quanto condizione preliminare per accedere al successivo processo giudiziale.

14. 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 dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di effettuare alcuna altra comunicazione.

La Compagnia si impegna a comunicare per iscritto all'Impresa/Assicurato e alla Contraente in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa che dovessero intervenire in corso di contratto anche a seguito di modifica della legislazione applicabile, ivi compresa l'eventuale variazione della denominazione sociale e della forma giuridica della Compagnia.

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente all'Impresa ed al Contraente qualunque variazione della sua denominazione sociale, forma giuridica e indirizzo.

La Compagnia comunica per iscritto all' Impresa, in occasione della prima comunicazione da inviare all'Assicurato stesso, le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche per effetto di modifiche alla normativa intervenute successivamente alla conclusione del Contratto stesso.

15. 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 stessi 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 SA
il Rappresentante Generale per l'Italia



INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 – Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n°196 in materia di protezione dei dati personali (Codice Privacy), La informiamo che:

1. i suoi dati personali comuni e sensibili – quali in particolare i dati idonei a rilevare lo stato di salute - (i "Dati"), raccolti eventualmente anche per il tramite di soggetti terzi (quali ad esempio agenti, broker o istituti di credito che svolgono per nostro conto attività distributiva) saranno trattati da CNP ASSURANCES S.A., previo consenso scritto, laddove necessario, con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici e/o automatizzati, per finalità riguardanti:
 - a. conclusione del contratto, gestione ed esecuzione delle obbligazioni di cui alla Polizza assicurativa, attività riassicurativi;
 - b. adempimenti di obblighi di legge, regolamento o normativa comunitaria (come ad esempio per antiriciclaggio) e/o disposizioni di organi pubblici;
2. il conferimento dei Dati è:
 - a. necessario per l'esecuzione e per la gestione della Polizza assicurativa (1.a);
 - b. obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria e/o disposizioni di organi pubblici (1.b);
3. in mancanza di tali dati CNP ASSURANCES S.A. non potrebbe fornire i propri servizi, in tutto o in parte, i Dati potranno essere comunicati ai, e trattati dai, seguenti soggetti che operano per conto di CNP Assurances S.A. quali autonomi Titolari la cui lista aggiornata è disponibile sul sito e comunque può essere richiesta gratuitamente all'Ufficio Protezione Dati sotto indicato:
 - 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 in Italia e all'Estero, anche in paesi al di fuori dell'Unione Europea, quali, a titolo esemplificativo, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa", quali eventuali agenti, subagenti, broker, produttori liberi incaricati della gestione degli archivi ed elaborazione dei dati, istituti di credito ed altri canali di acquisizione di prodotti assicurativi, Assicuratori, coAssicuratori e riAssicuratori, periti, medici legali, strutture sanitarie per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.a;
 - b. 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 cui al punto 1.b;
 - c. società controllate o collegate a CNP Assurances S.A. o dalla stessa incaricata, in Italia o all'estero per il raggiungimento delle finalità di cui ai punti 1.a e 1.b, - ivi inclusa la prestazione di servizi informatici, finanziari, amministrativi, di stampa, - o altre compagnie di assicurazione per la redistribuzione del rischio (coassicurazione e riassicurazione).

Inoltre i Suoi Dati potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori in qualità di Incaricati o Responsabili, tra i quali Unicredit S.p.a., che agirà in qualità di Responsabile del trattamento in relazione all'attività di distribuzione alla stessa affidata. I Dati non sono soggetti a diffusione.

4. Titolare del trattamento dei dati è CNP ASSURANCES S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Albricci, 7 – 20122 Milano. Lei potrà richiedere la lista dei Responsabili del trattamento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy ed in particolare ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza di dati che La riguardano, la loro comunicazione e l'indicazione della logica e delle finalità del trattamento, la cancellazione, l'aggiornamento o il blocco dei medesimi, nonché opporsi per motivi legittimi al trattamento, scrivendo a: CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Albricci, 7 – 20122 Milano, Ufficio Protezione Dati

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. 1.2 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 Albricci, 7 – 20122 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 Polizza

Costituito dal Modulo di Adesione del Impresa e dell'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:

- a. l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b. l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto nelle Esclusioni;
- c. 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;
- d. le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- e. gli effetti della temperature esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- f. quelli sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;
- g. 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 la 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:

1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. 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;
3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc);
4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mangiare ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Lo 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 prestazioni 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: la dichiarazione sottoscritta dall'Impresa per l'adesione alla Polizza Collettiva che contiene la designazione dell'Assicurato e 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 da 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 e sulle abitudini di vita 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 per 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 accessoria 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 lui 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 rispettivamente 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 dal Impresa e dall'Assicurando in cui quest'ultimo dovrà, in base al Capitale Assicurato iniziale, dare indicazioni sul proprio stato di salute secondo il seguente schema:

Importo Richiesto del Finanziamento	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 26 "Dichiarazione dell'Assicurato e dell'Impresa 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 finanziamento;
- 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 e 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 Imprese 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 fino ad un massimo di quattro Assicurati.

L'importo erogato può essere:

- 1) ripartito in parti uguali per singola testa;
- 2) pari al 100% del valore per singola testa;
- 3) liberamente ripartito per singola testa.

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 dovrà compilare l'Apposito Modulo di Sostituzione Assicurato disponibile presso la filiale della Contraente dove è stato acceso il finanziamento.

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

- a) numero di rapporto del Finanziamento;
- b) dati societari dell'Impresa;
- c) dati anagrafici dell'Assicurato uscente;
- d) dati anagrafici dell'Assicurato entrante;
- e) data di decorrenza della garanzia (deve corrispondere alla data di stipula del Finanziamento);
- f) data di scadenza della garanzia (deve corrispondere alla Data di scadenza del Finanziamento);
- g) data di effetto della sostituzione (coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Sostituzione Assicurato);
- h) 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. 2.3; a tal proposito, quanto previsto dalla tabella di cui all'art. 2.3 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, 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'assicurando 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, 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 recesso/revoca 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;
- del periodo di ammortamento inizialmente stabilito;
- in caso di anticipata estinzione, 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, accollo, trasferimento Finanziamento

In caso di anticipata estinzione 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 /trasferimento/accollo del Finanziamento. La Compagnia restituirà all'Impresa la parte di Premio corrispondente al periodo di copertura non goduta calcolata sommando i risultati della seguente formule:

$$R = P_{pu} \times \frac{(N - K) \times (N - K + 1)}{N \times (N + 1)} + H \times \frac{(N - K)}{N}$$

dove:

R importo da rimborsare

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

P_{pu} Premio unico anticipato puro = P / 1,025 - H

H costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi

K durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi (dato arrotondato per difetto)

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 60 mesi
In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P = € 3.270

P_{pu} = € 1.273,86

H = € 1.916,38

N = 60

K = 40

R = € 784,97

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 dalla Compagnia per il tramite della Contraente sul conto corrente dell'Impresa.

L'Impresa ha altresì la facoltà di chiedere che le garanzie rimangano in vigore 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.

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:

$$P = T \times N \times Ir$$

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

Ir 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, cioè aggiunto all'importo di Finanziamento richiesto e versato mediante addebito sul conto corrente dell'Impresa a fronte dell'autorizzazione rilasciata da quest'ultimo all'Istituto, 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 la facoltà di recedere dal presente contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

La Compagnia provvederà al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'impresa.

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 della Contraente ove è stato acceso il finanziamento. Sarà cura della Contraente comunicare all'Assicurazione la richiesta 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 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.

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 dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, utilizzando il Modulo messo a disposizione dalla Compagnia o tramite altro documento predisposto dall'Assicurato o dall'Avente causa, purchè riporti le informazioni previste all'interno del Modulo di Denuncia Sinistro che sono necessarie per la valutazione del Sinistro stesso.

La Società si riserva di richiedere all'assicurato di fornire la documentazione che dalla medesima fosse ritenuta opportuna per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità o di richiedere che l'Assicurato si sottoponga a visita medica con un proprio medico fiduciario.

Le denunce di sinistro, e la relativa documentazione possono essere inviati mediante posta, o fax oppure via e-mail al seguente recapito:

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

Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni.

L'elenco della documentazione necessaria per richiedere la liquidazione delle prestazioni è riportato nel Modulo per la Denuncia dei sinistri messo a disposizione dalla Compagnia.

La denuncia del sinistro dovrà essere corredata della documentazione così come dettagliata nel Modulo di Denuncia Sinistri.

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

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

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 identificati all'Art. 13.

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, 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

Le parti espressamente riconoscono e dichiarano di accettare, quale organismo competente per la mediazione, l'Organismo di Conciliazione Forense di Milano, con sede in Milano, Via Freguglia n. 1.

Il regolamento, la modulistica e la tabelle delle indennità saranno quelle in vigore al momento dell'attivazione della procedura. La sede della mediazione sarà Milano.

Art. 22 - Reclami

Eventuali reclami sulla gestione sinistri riguardanti le Prestazioni e sul rapporto contrattuale relativo alle condizioni generali dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

CNP ASSURANCES
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami

Via Albricci, 7 – 20122 Milano
Fax: 02/72.60.11.51
reclami@Cnpitalia.it

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

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

Art. 23 – Dichiarazione dell'Assicurato e dell'Impresa relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, dell'Impresa e del Contraente 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 e 1893 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.

PARTE II: Condizioni particolari di Assicurazione

Art. 24 - Caratteristica e Prestazione della Copertura di Invalidità Totale e Permanente

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 36, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente causata da Infortunio o Malattia che generi un grado di Invalidità pari o superiore al 60% della totale.

Indennizzo

- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia, La Compagnia garantisce, la corresponsione ai Beneficiari di una somma pari all'ammontare del debito residuo del Finanziamento contratto dall'Impresa con il Contraente alla data del verificarsi dell'evento.
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio, la Compagnia garantisce, la corresponsione ai Beneficiari di una somma pari al doppio dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento contratto dall'Impresa con il Contraente alla data del verificarsi dell'evento.
- In caso di Invalidità Permanente Totale derivante da incidente stradale, la Compagnia garantisce, la corresponsione ai Beneficiari di una somma pari al triplo dell'ammontare del debito residuo del Finanziamento contratto dall'Impresa con il Contraente alla data del verificarsi dell'evento.

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data dell'evento. Per data dell'evento si intende la data di accadimento dell'Infortunio o della diagnosi della malattia che hanno generato l'Invalidità Permanente.

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.

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

Art. 25 – Carenza

La presente garanzia non prevede periodi di carenza.

Art. 26 –Caratteristica e Prestazione della Copertura di Ricovero Ospedaliero

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 36, 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. 36, 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 € 2.500 per singola rata mensile**.

AVVERTENZA

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata dalla 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 Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 48 nel corso della durata contrattuale.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso, Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave.

Art. 27 – 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. 28 – 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. 29 – Denunce successive

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

Art. 30 – Caratteristiche e Prestazione della copertura Malattia Grave

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 36, 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. 36**, 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.

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

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

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

AVVERTENZE: Periodo di sopravvivenza

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

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

CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale, 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. 31 Carenza

La Compagnia applicherà un periodo di carenza di 90 giorni.

Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia malattie gravi 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. 32 – Caratteristiche e Prestazione della copertura di Inabilità Totale Temporanea

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 36, 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. 36**, 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 30gg 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.

Art. 33 - 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. 34 – Carenza

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

Art. 35 – Denunce successive

Quando 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. 36 – 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;**
- 13) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- 14) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.**
- 15) Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- 16) 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;**
- 17) 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:

18) 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.

19) 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

20) 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.

21) 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.

22) Specifiche esclusioni TRAPIANTO D'ORGANO

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

Data ultimo aggiornamento Luglio 2016

**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 _____		
C.F./P.IVA _____		
Rappresentante Legale _____		C.F. _____
Dati Assicurando		
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
DATI COPERTURA ASSICURATIVA		
Durata del Mutuo/Apertura di Credito (espressa in mesi): _____		
Importo richiesto: Euro _____		
PREMIO		
Premio unico anticipato: Euro _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)		
COSTI COMPLESSIVI (spese di acquisizione e gestione)		
Costi complessivi: Euro _____		
IMPORTO PERCEPITO DALL'INTERMEDIARIO		
Importo percepito dall'Intermediario: Euro _____		

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 Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% e nel caso di Malattia Grave; b) €1.000.000 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60%; c) 1.500.000 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 60% a seguito di incidente stradale.

DICHIARA 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, l'Impresa stessa.

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 _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:

- a) di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'art.1919 del Codice Civile;
- b) 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);
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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, accollo, trasferimento finanziamento); art. 9 (Diritto di recesso dalla copertura assicurativa); art.10(Beneficiari); art. 11 (Denuncia di sinistro); artt.27,33 (Franchigia); artt.25,28,31,34 (Carenza) art. 36 (Esclusioni); prende atto che le Condizioni Contrattuali sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A.;

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante dell'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. A tal proposito prendo atto che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositata a mia disposizione presso la sede della Contraente.**
- **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 Legale Rappresentante dell'Impresa _____

Firma Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante dell'Impresa _____

Firma dell'Assicurando _____