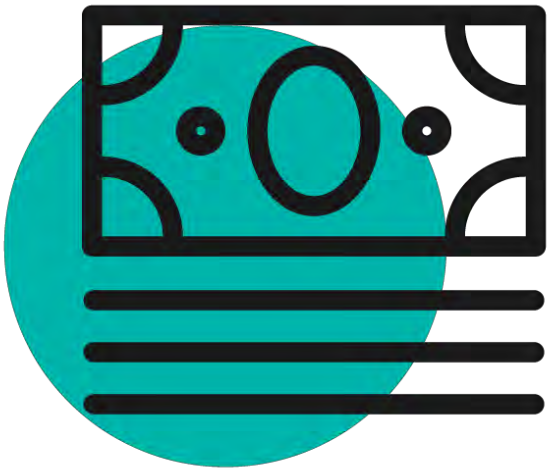


PROTEZIONE PRESTITI ERBAVOGLIO

COPERTURA **A**SSICURATIVA **M**ULTIRISCHI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO
(COLLETTIVA N.020000247/JPCPIUGF06003)

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

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

POLIZZA FACOLTATIVA

EDIZIONE: 07/2025

CNP Assurances S.A.
Sede legale 4, promenade Cœur de Ville - Issy-les-Moulineaux – Capitale sociale: € 686.618.477
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Arbe, 49 – 20125 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 04341440966 – Rea C.C.I.A.A. Milano 1740904

CNP Caution S.A.
Sede legale 4, promenade Cœur de Ville - Issy-les-Moulineaux – Capitale sociale: € 258.734.553
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Arbe, 49 – 20125 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 – Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

Caro Cliente,
Protezione Prestiti Erbavoglio è la POLIZZA FACOLTATIVA ABBINABILE AL PRESTITO, *pensata per tutelare te stesso e i tuoi cari nel caso in cui un evento irreversibile ovvero temporaneo non ti permetta di far fronte alla restituzione del debito che hai sottoscritto con la Banca; viene stipulata direttamente dalla Banca stessa in qualità di Contraente al fine di consentire ai propri Clienti che decidono di aderirvi, di beneficiare delle coperture assicurative in essa previste.*

In caso di premorienza e invalidità totale permanente, le coperture assicurative acquistate intervengono con il pagamento del debito residuo del Prestito. A seguito di perdita involontaria d'impiego (in caso di lavoratori dipendenti di azienda privata) o inabilità totale e temporanea (in tutti gli altri casi), le coperture acquistate intervengono con il pagamento delle rate del Prestito in scadenza rispettivamente durante il periodo di disoccupazione ovvero di inabilità.

Il presente SET Informativo illustra le caratteristiche della Polizza sottoscritta.

La comprensione dei contenuti è ora resa più agevole grazie ai Documenti Informativi Precontrattuali denominati "DIP" e "DIP aggiuntivo", i quali espongono in maniera sintetica, le prestazioni previste dal Contratto e forniscono inoltre informazioni sulla Compagnia.

Le Condizioni di Assicurazione contengono invece l'insieme delle norme che disciplinano il presente Contratto d'assicurazione. Abbiamo redatto questo documento in maniera quanto più semplice possibile utilizzando strumenti grafici particolarmente intuitivi per facilitarne la lettura; nello specifico:

- *al fine di aiutarti nella comprensione del testo, abbiamo inserito box di consultazione e degli esempi;*
- *al fine di dar risalto a quelle parti che devi leggere con attenzione in quanto particolarmente onerose, abbiamo utilizzato il carattere grassetto ed evidenziato il testo;*
- *al fine di richiamare la tua attenzione a prendere consapevolezza su particolari regole applicative, abbiamo inserito "avvertenze" specifiche.*

Per ogni eventuale chiarimento ti invitiamo a prendere contatto con:

Ufficio Gestione Portafoglio
Via Arbe 49, 20125 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

BOX DI CONSULTAZIONE

Questo è un box di consultazione.

In esso troverai risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità.

Questi spazi non hanno alcun valore contrattuale ma costituiscono solo una esemplificazione.

CONTENUTI

DIP VITA
Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

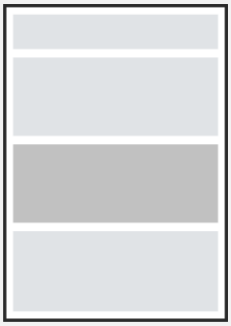
DIP DANNI
Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI
CAPITOLO II – MODULO INFORTUNI E MALATTIA (PACCHETTI A, B, C) COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI
CAPITOLO III – MODULO INFORTUNI (PACCHETTI D, E, F) COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI
CAPITOLO IV – ESCLUSIONI
CAPITOLO V – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL
ALLEGATO 2: RIFERIMENTI NORMATIVI
FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA
INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (SET INFORMATIVO) E CONTRATTUALE (MODULO DI PROPOSTA E LETTERA DI CONFERMA), VERRANNO CONSEGNATE ALL'ADERENTE/ASSICURATO IN FORMATO CARTACEO, COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E LA CONTRAENTE.

ASSICURAZIONE CPI PRESTITI PRIVATI A PREMIO UNICO

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

Compagnia: CNP Assurances S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: Protezione Prestiti Erbavoglio
Il presente DIP Vita è aggiornato a Luglio 2025

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?
La garanzia vita Decesso, prevista dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alle garanzie danni è dedicata alle persone fisiche ed è abbinabile a prestiti di durata fissa di nuova erogazione. La copertura assicura il pagamento del debito residuo del Prestito stipulato con la Banca.

Che cosa è assicurato/quali sono le prestazioni?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA - PACCHETTI A, B e C
✓ Decesso causato da infortunio o malattia.

Nel rispetto dei massimali previsti:
✓ la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale, escludendo eventuali rate insolute scadute prima dell'evento.

Che cosa NON è assicurato?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:
✗ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
✗ con età inferiore a 18 anni;
✗ con età superiore a 69 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 70 anni a scadenza in caso di sottoscrizione dei pacchetti A, B o C (MODULO INFORTUNI E MALATTIA)
✗ che esercitano un'attività professionale considerata pericolosa.

Ci sono limiti di copertura?

La presente copertura assicurativa presente non è cumulabile con le coperture assicurative danni e opera in via alternativa rispetto a queste ultime.
La Compagnia limita la prestazione:
! al debito residuo, con un massimo di € 75.000, per singolo cointestatario, in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se il decesso:
! (a seguito di malattia) avviene nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza);
! deriva da suicidio avvenuto nei termini previsti dalla legge;
! deriva da dolo o colpa grave dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
! deriva da fatti conosciuti prima della stipula del contratto o è conseguenza diretta e/o indiretta di questi ultimi.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che la documentazione sanitaria fornita alla Compagnia in sede di valutazione del sinistro sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

Che obblighi ho?

- All'atto dell'adesione alla Polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del Contratto, il Questionario Medico nonché il Modulo di Proposta;
- l'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza;
- l'Aderente/Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia, per iscritto, la perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- l'Aderente/Assicurato e/o i suoi aventi causa devono tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.

Quando e come devo pagare?

Il premio della sola copertura assicurativa Decesso è unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.

Il premio è calcolato in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, del capitale assicurato e della durata del Prestito ed è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

L'importo del premio viene anticipato alla Compagnia dal Distributore che provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, senza alcuna maggiorazione, alle scadenze contrattualmente previste.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del Contratto di Assicurazione è pari alla durata del Prestito sottoscritto dall'Aderente/Assicurato e deve essere compresa tra 1 anno (12 mesi) e 10 anni (120 mesi).
La durata della copertura assicurativa è sempre pari alla durata del Contratto di Assicurazione.
Il contratto si perfeziona e la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della copertura è subordinata al pagamento del premio.

La copertura assicurativa termina:
- in caso di recesso dal contratto da esercitarsi entro 60 giorni dalla data di decorrenza indicata nella Lettera di Conferma;
- in caso di perdita di specifici requisiti di adesione e assicurabilità (legati in particolare alla residenza in Italia, allo svolgimento di attività pericolose e alla situazione lavorativa);
- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di liquidazione del debito residuo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di estinzione anticipata totale, trasferimento, accollo del Prestito nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della Copertura Assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia;
- alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

L'Aderente/Assicurato può revocare la proposta di Adesione, fino al momento in cui non sia venuto a conoscenza dell'accettazione da parte della Compagnia.

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza Collettiva, entro 60 giorni dalla data di decorrenza, recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La Polizza non prevede opzioni di riscatto e riduzioni.

ASSICURAZIONE CPI PRESTITI PRIVATI A PREMIO UNICO

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

Compagnie: CNP Assurances S.A. – CNP Caution S.A. - Rappresentanze Generali per l'Italia

Prodotto: Protezione Prestiti Erbavoglio

Il presente DIP Danni è aggiornato a Luglio 2025

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Le garanzie danni previste dalla presente Polizza Collettiva congiuntamente alla garanzia vita Decesso sono dedicate alle persone fisiche. Le garanzie assicurano il pagamento del capitale assicurato ovvero di un indennizzo mensile nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca l'Aderente/Assicurato.

Che cosa è assicurato?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA: Il Cliente, congiuntamente alla garanzia Decesso da infortunio e malattia, può scegliere di acquistare le coperture assicurative previste da uno dei seguenti Pacchetti:

PACCHETTO A
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia.

PACCHETTO B
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia;
- ✓ Perdita d'Impiego involontaria.

PACCHETTO C
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia;
- ✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia.

L'adesione a uno dei Pacchetti sopra indicati è subordinata alla valutazione medica positiva dell'Aderente/Assicurato da parte della Compagnia. L'Aderente/Assicurato ha comunque la facoltà di richiedere alla Compagnia che, in caso di esito negativo della valutazione medica, in alternativa ai Pacchetti A, B e C sopra indicati (volti a coprire i danni derivanti da infortunio e malattia), sia attivato uno dei seguenti pacchetti, volti a coprire i soli danni derivanti da infortunio:

MODULO INFORTUNI

PACCHETTO D
- ✓ Decesso da infortunio;
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio.

PACCHETTO E
- ✓ Decesso da infortunio;
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio;
- ✓ Perdita d'Impiego involontaria.

PACCHETTO F
- ✓ Decesso da infortunio;
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio;
- ✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio.

Nel rispetto dei massimali previsti:
- ✓ in caso di decesso da infortunio o invalidità totale permanente, la Compagnia corrisponderà una somma pari al debito residuo in linea capitale, escludendo eventuali rate insolute scadute prima dell'evento;
- ✓ in caso di inabilità totale temporanea e perdita d'impiego, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo delle rate mensili in scadenza durante il periodo di inabilità ovvero disoccupazione.

Che cosa NON è assicurato?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche:
- ✗ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia e con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 69 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 70 anni a scadenza, in caso di sottoscrizione dei pacchetti A, B o C;
- ✗ con età superiore a 73 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 74 anni a scadenza, in caso di sottoscrizione dei pacchetti D, E e F;
- ✗ che non siano Dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione dei Pacchetti B e E).
- ✗ che esercitano un'attività professionale considerata pericolosa.

Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:
- ! il grado di invalidità totale permanente accertata è pari o inferiore al 65% Tab. INAIL (franchigia), in caso di sottoscrizione dei pacchetti A, B o C ovvero pari o inferiore al 59% (Tab. INAIL), in caso di sottoscrizione dei pacchetti D, E o F;
- ! la diagnosi (a seguito di malattia) dell'invalidità totale permanente avviene nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza);
- ! l'inabilità totale temporanea da malattia avviene e/o la malattia che l'ha generata viene diagnosticata nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza) e/o non perdura per almeno 30 giorni (franchigia);
- ! l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi un'attività lavorativa a seguito di una precedente Inabilità Totale Temporanea dovuta a stessa causa ovvero 30 giorni in caso di causa differente, per la quale la Compagnia abbia già rimborsato una o più rate del Prestito;
- ! la perdita d'impiego avviene nei primi 90 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza) e/o lo stato di disoccupazione o mobilità non perdura per almeno 60 giorni (franchigia);

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

! l'Aderente/Assicurato non ha ripreso a svolgere un'attività lavorativa come Dipendente di azienda privata per almeno 180 giorni dalla precedente perdita d'impiego per la quale la Compagnia abbia già corrisposto una o più prestazioni mensili.

LA COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA NON È INOLTRE OPERANTE NEL SEGUENTE CASO:

! pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo, a condizione che la documentazione sanitaria fornita alla Compagnia in sede di valutazione del sinistro sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia;
✓ la copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.

Che obblighi ho?

- All'atto dell'adesione alla Polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze dell'Aderente e dell'Adeguatezza del Contratto, il Questionario Medico nonché il Modulo di Proposta;
- l'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete in quanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere l'indennizzo nonché la cessazione della Polizza;
- l'Aderente/Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia, per iscritto, la perdita dei requisiti di adesione e/o assicurabilità;
- l'Aderente/Assicurato e/o i suoi aventi causa devono tempestivamente denunciare il sinistro fornendo alla Compagnia la documentazione utile alla valutazione dello stesso.

Quando e come devo pagare?

Il premio è unico e anticipato, senza possibilità di frazionamento.
Il premio è calcolato in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, del capitale assicurato, delle coperture assicurative prestate e della durata del Prestito ed è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.
Il premio corrisposto è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%, applicate all'importo riferito alle sole garanzie danni (Decesso da infortunio, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego).
L'importo del premio viene anticipato alla Compagnia dal Distributore che provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, senza alcuna maggiorazione, alle scadenze contrattualmente previste.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del Contratto di Assicurazione è pari alla durata del Prestito sottoscritto dall'Aderente/Assicurato e deve essere compresa tra 1 anno (12 mesi) e 10 anni (120 mesi). Le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia delle stesse è subordinata al pagamento del premio.

Le coperture assicurative hanno termine:
- in caso di recesso dal contratto da esercitarsi entro 60 giorni dalla data di decorrenza indicato nella Lettera di Conferma;
- in caso di recesso annuale, se la durata del Contratto supera i 5 anni, con effetto a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla data di decorrenza;
- in caso di perdita di specifici requisiti di adesione e assicurabilità (legati in particolare alla residenza in Italia, allo svolgimento di attività pericolose e alla situazione lavorativa);
- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di liquidazione del debito residuo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato;
- alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma
- in caso di estinzione anticipata totale, trasferimento, accollo del Prestito nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia.

Come posso disdire la polizza?

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

ASSICURAZIONE CPI PRESTITI PRIVATI A PREMIO UNICO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi Multirischi
(DIP Aggiuntivo Multirischi)

Prodotto: Protezione Prestiti Erbavoglio

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è aggiornato a Luglio 2025 ed è l'ultima versione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

Società

CNP ASSURANCES S.A. e CNP CAUTION S.A. appartenenti al Gruppo La Banque Postale, con Direzione Generale in Promenade Cœur de Ville, 4 - Issy-les-Moulineaux (Francia) - Numero verde 800.222.662; sito internet www.cnpitalia.it - e-mail info@cnpitalia.it - PEC cnp@pec.cnpitalia.it. Il contratto è stipulato con le Rappresentanze Generali per l'Italia, site in Via Arbe, 49; 20125; Milano, Italia.CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00048. CNP Caution S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00127. Entrambe le Compagnie sono ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento e sono soggette alla vigilanza prudenziale di ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - sito internet: www.banque-france.fr/acp). Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale delle Compagnie: CNP Assurances S.A.: Patrimonio Netto =12.148.190.056,99 €; Risultato economico di periodo = 1.668.031.826,75€. Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 270%. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/investisseurs/resultats/resultats-et-donnees-financieres.
CNP Caution S.A.: Patrimonio Netto = 645.171.186,03 €; Risultato economico di periodo = 28.808.705,90€. Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari al 490%. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/investisseurs/resultats/resultats-et-donnees-financieres
Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA (PACCHETTI A, B, C)

✓ Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia

Nel caso in cui venga riconosciuta un'invalidità totale permanente all'Aderente/Assicurato di grado superiore al 65% (Tabelle INAIL), la copertura Invalidità Totale Permanente prevede una prestazione pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: debito residuo in linea capitale del Prestito alla data dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'invalidità totale permanente.

✓ Prestazione in caso di perdita d'impiego involontaria

La garanzia Perdita d'Impiego è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto di lavoro di almeno 16 ore settimanali, regolato dalla legge italiana. La copertura prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

✓ Prestazione in caso di inabilità totale temporanea da infortunio e malattia:

La garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai Dipendenti di azienda privata ovvero dai Non Lavoratori.

La copertura prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: pari all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

MODULO INFORTUNI (PACCHETTI D, E, F)

✓ Prestazione in caso di Decesso da infortunio

La garanzia Decesso a seguito di infortunio prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Prestito al momento del decesso.

✓ Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio

Nel caso in cui venga riconosciuta un'invalidità totale permanente all'Aderente/Assicurato di grado superiore al 59% (Tabelle INAIL), la copertura Invalidità Totale Permanente prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: debito residuo in linea capitale del Prestito alla data dell'infortunio che ha generato l'invalidità totale permanente.

✓ Prestazione in caso di perdita d'impiego involontaria:

La copertura prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

✓ Prestazione in caso di inabilità totale temporanea da infortunio:

La garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai Dipendenti di azienda privata ovvero dai Non Lavoratori.

La copertura prevede una prestazione pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: pari all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI	**Non sono coperte le persone che esercitano le seguenti attività professionali considerate pericolose**: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbricante di armi; Operaio/addetto su piattaforme petrolifere; Sommozzatore; Speleologo; Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi); Palombaro.

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dalle sole coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività professionali considerate pericolose o di una seguenti attività sportive pericolose: Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo; Salti da trampolino con sci e idroscì; Sci nautico; Skiathlon; Bob (guidoslitta); Skeleton; Arrampicata; Bouldering; Scalata; Combinata nordica; Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning; Accesso ai ghiacciai; Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa; Speleologia; Sport aerei in genere; a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante; Immersioni subacquee; Caccia, Safari; Sport equestri; Tauromachia; Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore;

Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa); Competizioni ciclistiche; Kickboxing, Pugilato, Savate e lotta nelle sue varie forme; Atletica pesante; Rugby e Football americano; Altri sport comunemente definiti "estremi".

LE COPERTURE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE NON SONO OPERANTI NEI SEGUENTI CASI:

- Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive e/o lavorative pericolose su indicate;
- produzione e/o uso di esplosivi.

LE COPERTURE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE NON SONO INOLTRE OPERANTI NEI SEGUENTI CASI:

- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

LA COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO NON È OPERANTE NEI SEGUENTI CASI:

- l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
- l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- dimissioni;
- qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia ovvero altri ammortizzatori sociali;
- il contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
- l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;

- risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
- l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale;
- licenziamento dovuto a malattie note o conosciute al momento della sottoscrizione del contratto.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Se l'Aderente/Assicurato è guarito da una patologia oncologica e non si sono verificati episodi di recidiva da più di dieci anni, alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Tale periodo è pari a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste nella Tabella che segue, il periodo è pari a quello indicato:

Patologia oncologica	Caratteristiche	Anni dalla conclusione del trattamento attivo
Colon - retto	Stadio, qualsiasi età	1
Colon - retto	Stadio II/III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni	1
Linfomi di Hodgkin	Uomini con diagnosi < 45 anni	5
Leucemie	Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	5

MODALITÀ DI ESERCIZIO

L'Aderente/Assicurato invia tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione rilasciatagli, senza oneri ed entro 30 gg. dalla richiesta, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

EFFETTI DELL'OBLIO ONCOLOGICO

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con il diritto all'oblio oncologico sono nulle.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche in possesso dei requisiti di assicurabilità contrattualmente previsti e che abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi che possano compromettere la relativa capacità di provvedere al completamento del piano di rimborso previsto dal Prestito.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio versato:

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	Costi di emissione	Costi di intermediazione (provvigioni)
- 11,65% per le garanzie Decesso e ITP - 13,78% per la garanzia ITT e PPL	€30	il 41% del premio (al netto delle imposte) è corrisposto all'intermediario per remunerare l'attività di distribuzione.

Costi per eventuali visite/esami medici: A carico dell'Assicurato se richiesto in fase assuntiva.

Altri costi (costi PPI): spese amministrative in caso di estinzione anticipata (parziale e totale), trasferimento o accollo del Finanziamento: Importo pari a € 25 a titolo gestione dell'operazione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE

I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito (Ufficio Reclami) :

CNP ASSURANCES S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Arbe, 49 - 20125 Milano
reclami@cnpitalia.it
Per tutte le garanzie tranne Perdita di Impiego

CNP CAUTION S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Arbe, 49 - 20125 Milano - reclami@cnpcaution.it
Per la sola garanzia Perdita di Impiego

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

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: **IVASS**, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06 - PEC: **ivass@pec.ivass.it** - Info su **www.ivass.it**. L'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi all' **Autorità di Vigilanza Francese - ACPR** (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia **per posta** (Banque de France TSA 50120 - 75 035 Paris Cedex 01) o **online :** https://accueil.banque-france.fr/uti/#/accueil.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
MEDIAZIONE	Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013, n. 98).
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://www.ec.europa.eu/fin-net). L'Assicurato potrà presentare reclamo al *Médiateur de l'Assurance* (TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09) e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org.
REGIME FISCALE	
TRATTAMENTO FISCALE APPLICABILE AL CONTRATTO	TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI: le somme corrisposte per il caso di decesso e invalidità totale permanente non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione. DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI: I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente da infortunio o malattia superiore al 5%, danno diritto ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito IRPEF dichiarato dall'Aderente/Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Tale detrazione si intende maggiorata relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge").

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI....5
ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ)....6
ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO....6
ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI....6
ART. 5 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI....7
ART. 6 CUMULO....7
ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE....7
ART. 8 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE....7
ART. 9 PREMIO....8
ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE....8
ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE....8
ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE....8
ART. 13 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)....8
ART. 14 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE IN CORSO DI CONTRATTO....9
ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ....9
ART. 16 ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI PRESTITO....10
ART. 17 ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI PRESTITO....10
ART. 18 BENEFICIARI....11
ART. 19 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE....12
ART. 20 DENUNCIA DEL SINISTRO....12
ART. 21 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE....12
ART. 22 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO....12
ART. 23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE....12
ART. 24 IMPOSTE E TASSE....12
ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA....12
ART. 26 MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE....12

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI ED INDENNIZZI MODULO INFORTUNI E MALATTIA

ART. 27 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA....13
ART. 28 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA....14
ART. 29 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA....15
ART. 30 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO....16
ART. 31 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE....18

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI ED INDENNIZZI MODULO INFORTUNI

ART. 32 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO....19
ART. 33 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO....19
ART. 34 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO....21
ART. 35 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO....22
ART. 36 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE....23

ESCLUSIONI

ART. 37 ESCLUSIONI....24

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 38 DENUNCIA DEI SINISTRI....26
ART. 39 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO....26
ART. 40 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI....27
ART. 41 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE....27

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

IMPORTANTI

- Ammortamento: Periodo del piano di rimborso che prevede il pagamento di rate composte dalla quota interessi e dalla quota capitale.
- Contratto di Prestito: Il Prestito di durata non superiore a 10 anni (120 mesi), concesso dalla Banca all'Aderente/Assicurato e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza.
- Piano di ammortamento: Piano di rimborso rateale del Prestito sottoscritto con la Banca al quale vengono abbinate le coperture assicurative
- Polizza Collettiva: Il Contratto di Assicurazione stipulato tra la Contraente e la Compagnia, al quale possono chiedere di aderire i soggetti che possiedono i requisiti indicati nelle condizioni di assicurazione, ai sensi dell'art. 1891 del c.c. (vedi Allegato 2 "Riferimenti Normativi")
- Premio: L'importo del premio viene anticipato alla Compagnia dal Distributore che provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, senza alcuna maggiorazione, alle scadenze contrattualmente previste.
- Sinistro: Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI

- Capitale assicurato iniziale: Il capitale assicurato scelto dall'Aderente/Assicurato e indicato nel Modulo di Proposta.
- Copertura assicurativa: Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di un indennizzo al verificarsi del sinistro.
- Debito residuo: Debito in linea capitale del Prestito risultante alla data del sinistro.
- Decesso: La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- Inabilità Totale Temporanea (ITT): La perdita totale temporanea della capacità dell'Aderente/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'Aderente/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: L'evento dannoso dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di freddo, i colpi di sole o di calore, le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini, ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
- Invalidità Totale Permanente (ITP): La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia superiore al livello minimo previsto in relazione agli aspecifici moduli attivati (franchigia). L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

  Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute (vedi Allegato 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL"). Il grado di invalidità totale permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

  Qualora l'evento invalidante si verifichi quando l'Assicurato è già in quiescenza, e pertanto il criterio di riconoscimento dell'invalidità permanente non può essere applicato in riferimento alle capacità lavorative, si utilizza il criterio di "perdita di autosufficienza" definito come segue. L'Assicurato è riconosciuto colpito da invalidità totale permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona. Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:
  - lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
  - vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
  - andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi);

- spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
- continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

› Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

› Perdita d'Impiego (PPL): Lo stato dell'Aderente/Assicurato, che sia Lavoratore Dipendente di azienda privata, qualora egli, a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo: a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; b) sia iscritto negli appositi elenchi anagrafici in Italia, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità; c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro. Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

› Stato di disoccupazione o Mobilità: La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente di azienda privata che è iscritto nelle liste di disoccupazione o di mobilità presso il centro per l'impiego di competenza percependo le rispettive indennità. Durante la disoccupazione/mobilità il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

LIMITAZIONI

› Carenza: Il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione durante il quale le coperture assicurative non sono operative.
Se l'evento dannoso si verifica nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

› Esclusioni: I rischi esclusi o le limitazioni relativi alle coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione.

› Età anagrafica: Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.

› Età assicurativa: Età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.

› Periodo di franchigia assoluta: Il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta totalmente a carico dell'Aderente/Assicurato.

› Franchigia relativa (per la sola garanzia ITP): La percentuale, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'assicurato. Non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia pari o inferiore all'importo corrispondente alla franchigia. In caso di danno superiore alla franchigia relativa, il risarcimento è integrale.

› Massimale: La somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le coperture assicurative.

› Periodo di riqualificazione: Il periodo di tempo successivo alla data di cessazione del periodo di inabilità totale temporanea ovvero dello stato di disoccupazione o mobilità per il quale sia stato liquidato un sinistro, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa ai fini dell'indennizzabilità del sinistro successivo.

SOGGETTI

› Aderente/Assicurato: La persona fisica residente in Italia, che sottoscrive il Modulo di Proposta e che paga il premio.

› Beneficiario: Il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. Per le garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego il Beneficiario coincide con l'Aderente/Assicurato.

Per la garanzia Decesso il Beneficiario è quello designato dall'Aderente/Assicurato o, in caso di mancata designazione, quelli stabiliti per legge.

› Cliente: la persona fisica che ha sottoscritto un contratto di Prestito con la Banca, definito anche come Aderente/Assicurato.

› Compagnie: CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 – 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

CNP Caution S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 – 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

› Contraente: Banca di Asti S.p.A.; il Contraente viene definito anche come "Distributore" o "Banca".

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

› Lavoratore Autonomo: La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di redditi da lavoro dipendente e che comporti la denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi da lavoro

autonomo), 51 (redditi di impresa), 46 (redditi da lavoro dipendente), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone. Rientrano nella categoria dei Lavoratori autonomi i Liberi Professionisti.

› Lavoratore Dipendente di azienda privata: Persona fisica che svolge la propria attività lavorativa presso un'azienda privata di cui è Dipendente e il cui contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, regolato dalla Legge italiana, non sia inferiore a 16 ore settimanali. Sono equiparati ai Lavoratori di Azienda Privata:
  - i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
  - i soci di cooperativa con rapporto di lavoro subordinato con la medesima cooperativa;
  - i lavoratori somministrati;
  - i lavoratori con contratto di apprendistato.

› Lavoratore Dipendente Pubblico: Persona fisica Dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come:
  - le Amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
  - le Aziende e le Amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
  - le Regioni, le Province ed i Comuni;
  - le Comunità Montane e loro Consorzi e Associazioni;
  - le Università;
  - le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e le loro Associazioni;
  - le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

› Non Lavoratore/Altro Status Lavorativo: Persona Fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore di Azienda Pubblica, Lavoratore dipendente di azienda privata. Sono equiparati al Non Lavoratore: i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i dipendenti di imprese famigliari con mansioni di assistenza o collaborazione famigliare, i dipendenti di imprese famigliari in rapporto di parentela con il datore di lavoro (nelle società di capitali tale rapporto di parentela riguarda anche quello esistente tra il Lavoratore e l'Amministratore Unico, il Direttore Generale o l'Amministratore Delegato), i dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro non disciplinato dalla legge italiana e/o con meno di 16 ore settimanali.

› One Underwriting S.r.l.: Agente di Assicurazione autorizzato all'attività di intermediazione iscritto nel Registro Unico degli Intermediari tenuto da IVASS al n. A000485912.

› Referente terzo: Il soggetto, diverso dal Beneficiario, indicato nel Modulo di Proposta, a cui la Compagnia, per specifiche esigenze di riservatezza, potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato.

DOCUMENTI

› Condizioni di Assicurazione: L'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

› Contratto di Assicurazione: Contratto mediante il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato.

› DIP Aggiuntivo Multirischi: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.

› DIP Danni: Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni.

› DIP Vita: Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

› Lettera di Conferma: Il documento con cui la Compagnia accetta la proposta di adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato.

› Modulo di Denuncia sinistri: È il documento che può essere utilizzato per la denuncia dei sinistri. In esso è contenuto l'elenco dei documenti da consegnare in fase di denuncia.

› Modulo di Proposta: È il documento sottoscritto dal potenziale Aderente/Assicurato, con il quale richiede alla Compagnia di aderire alla Polizza Collettiva.

› Set Informativo: Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto. È composto dal DIP Vita, DIP Danni, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione, dall'Allegato "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL", dall'Allegato Riferimenti Normativi, dal Fac-simile del Modulo di Proposta, dall'Informativa sul trattamento dei dati personali e dal Modulo di Denuncia sinistri.

› Questionario Medico Semplificato/Completo: Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Aderente/Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

FASI DEL CONTRATTO

› Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento: Il momento in cui l'Aderente/Assicurato riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.

› Data di decorrenza delle coperture assicurative: Il termine dal quale le coperture assicurative possono essere attivate, che coincide con le ore 24 del giorno di emissione della Lettera di Conferma.

› Durata del Contratto di Assicurazione: Il periodo di vigenza del Contratto di Assicurazione.

› Durata delle coperture assicurative: Il periodo di vigenza delle coperture assicurative. Coincide con la durata del Contratto di Assicurazione.

› Efficacia del Contratto e delle coperture assicurative: il termine dal quale prendono efficacia il contratto e le coperture assicurative e che coincide con le ore 24 del giorno in cui l'Aderente/Assicurato paga il premio.

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

› Periodo di copertura: il periodo di tempo in cui le coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio.

CAPITOLO I
NORME CONTRATTUALI

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con le Compagnie CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (per la sola garanzia Perdita d'Impiego) a favore dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.

AVVERTENZA: La presente Polizza abbinata al Prestito è FACOLTATIVA e non necessaria ai fini dell'ottenimento del Prestito stesso.

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

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

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

A fronte dell'adesione e del pagamento del premio, le Compagnie, ognuna per quanto di propria competenza, garantiscono all'Aderente/Assicurato, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle coperture assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto.

COPERTURE ASSICURATIVE

DECESSO

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)

PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

ART. 1.1 MODULO INFORTUNI E MALATTIA

Si illustrano qui di seguito i Pacchetti assicurativi del modulo infortuni e malattia che possono essere acquistati:

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto A	TUTTI, INDIPENDENTEMENTE DALLA CATEGORIA PROFESSIONALE	Età massima alla sottoscrizione: 69 anni compiuti Età massima alla scadenza del contratto: 70 anni compiuti	DECESSO Da infortunio e malattia	ITP da infortunio e da malattia	
Pacchetto B	DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATA		DECESSO Da infortunio e malattia	ITP da infortunio e malattia	PPL
Pacchetto C	LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO, LAVORATORI AUTONOMI, NON LAVORATORI		DECESSO Da infortunio e malattia	ITP da infortunio e malattia	ITT da infortunio e da malattia

AVVERTENZA: Possono sottoscrivere il PACCHETTO B, esclusivamente i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali.

Ai fini del presente contratto, i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata che non rientrano nella definizione riportata sopra e nel glossario, sono considerati Non Lavoratori e potranno sottoscrivere, in alternativa, il Pacchetto A o il Pacchetto C.

Le prestazioni relative alle singole coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo II, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo IV delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 1.2 MODULO INFORTUNI

L'adesione al Modulo "Infortuni e Malattia" è subordinata al rispetto dei limiti di età alla sottoscrizione e a scadenza indicati nel paragrafo precedente nonché al positivo superamento della valutazione medica dell'Aderente/Assicurato da parte della Compagnia.

L'Aderente/Assicurato ha comunque la facoltà di richiedere alla Compagnia che, in caso di mancato rispetto dei limiti di età previsti per l'adesione al "Modulo Infortuni e Malattia" ovvero di esito negativo della valutazione medica, in alternativa al Modulo "Infortuni e Malattia", sia attivato il Modulo solo "Infortuni" sotto descritto.

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto D	TUTTI, INDIPENDENTEMENTE DALLA CATEGORIA PROFESSIONALE	Età massima alla sottoscrizione: 73 anni compiuti Età massima alla scadenza del contratto: 74 anni compiuti	DECESSO Da infortunio	ITP da infortunio	
Pacchetto E	DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATA		DECESSO Da infortunio	ITP da infortunio	PPL

Pacchetto F	LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO, LAVORATORI AUTONOMI, NON LAVORATORI		DECESSO Da infortunio	ITP da infortunio	ITT da infortunio

AVVERTENZA: Possono sottoscrivere il PACCHETTO E, esclusivamente i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali.

Ai fini del presente contratto, i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata che non rientrano nella definizione sopra riportata e nel Glossario, sono considerati Non Lavoratori e potranno sottoscrivere, in alternativa, il Pacchetto D o il Pacchetto F.

Le prestazioni relative alle singole coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo III, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo IV delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ)

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

1. siano residenti in Italia;
2. siano Clienti del Distributore;
3. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 69 anni al momento della sottoscrizione e un'età non superiore a 70 anni a scadenza, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti A, B o C (MODULO INFORTUNI E MALATTIA);
4. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 73 anni al momento della sottoscrizione e un'età non superiore a 74 anni a scadenza, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti D, E o F (MODULO INFORTUNI);
5. non svolgano una delle attività professionali pericolose non assicurabili riportate nell'elenco indicato all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI";
6. abbiano stipulato con il Contraente un contratto di Prestito con le caratteristiche riportate all'ART. 2.1;
7. abbiano compilato e sottoscritto il Questionario Sanitario, il Questionario Medico Semplificato ovvero il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
8. siano Dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione dei Pacchetti B e E).

I requisiti di adesione e assicurabilità di cui ai numeri 1, 5 e 8 che precedono devono essere mantenuti per tutta la durata contrattuale. In caso di perdita di tali requisiti trova applicazione quanto previsto dall'ART. 15.

ART. 2.1 TIPOLOGIA DI CONTRATTO DI PRESTITO ABBINABILE ALLA POLIZZA

La presente Polizza può essere abbinata esclusivamente ai prestiti Erbavoglio di nuova erogazione e solamente entro 30 giorni dalla data di erogazione del Prestito.
La polizza può essere abbinata al prestito Erbavoglio anche in caso di scelta dell'opzione GOLD, prevista dal contratto.
Non è prevista la possibilità di abbinare la Polizza a prestiti di durata variabile.

ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone fisiche che esercitano una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbricante di armi; Operaio/addetto su piattaforme petrolifere; Sommozzatore; Speleologo; Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi); Palombaro.
Qualora in corso di contratto l'Aderente/Assicurato, cominci a svolgere una delle attività professionali non assicurabili, dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia tramite e-mail o con lettera raccomandata A/R, indirizzata a:

In tal caso, le coperture assicurative cesseranno e la Compagnia provvederà a restituire la quota parte di premio pagata e non goduta a partire dalla data di ricezione della comunicazione dell'Aderente/Assicurato, calcolata sulla base della formula indicata al successivo ART. 15.

ART. 5 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Il capitale assicurato:

- non può essere superiore ad € 75.000 per singolo cointestatario;
- non può essere inferiore ad € 2.000 per singolo cointestatario;
- deve coincidere con l'importo del Prestito erogato.

ART. 6 CUMULO

COSA SI INTENDE PER CUMULO?

Per cumulo si intende la somma di tutti i capitali assicurati con la Compagnia.

Prima dell'accoglimento della richiesta di adesione, la Compagnia verificherà la presenza di eventuali ulteriori capitali assicurati, per Aderente/Assicurato e per tipologia di prodotto, presso la Compagnia medesima:

a) Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Aderente/Assicurato; ovvero
b) Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) dei prodotti prestiti è superiore a € 500.000 per Aderente/Assicurato;

la Compagnia non accetterà il rischio e rifiuterà la richiesta di adesione.

ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse a aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo stesso e sulla base delle risposte fornite nel Questionario Sanitario, nel Questionario Medico Semplificato ovvero Completo in funzione del capitale assicurato e dell'età al momento della sottoscrizione, secondo lo schema sotto riportato.

CAPITALE ASSICURATO*	ETÀ ASSICURATO	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 200.000,00	Da 18 anni compiuti a 60 compiuti	Questionario Medico Semplificato
	Da 61 anni compiuti a 69 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 70 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 200.000,01 a € 300.000,00	Da 18 anni compiuti a 69 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 70 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 300.000,01 a € 500.000	Da 18 anni compiuti a 69 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 70 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 500.000,01 a € 1.000.000	Da 18 anni compiuti a 69 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 70 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario

* L'importo richiesto considerato per la valutazione comprende eventuali ulteriori importi assicurati con la Compagnia (cumulo).

In caso di risposte affermative al Questionario Sanitario, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della corretta valutazione del rischio.
In presenza di risposte affermative al Questionario Medico Semplificato, è sempre prevista la compilazione del Questionario Medico Completo che verrà valutato dalla Compagnia.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario Sanitario, il Questionario Medico Completo 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'Aderente/Assicurato.

AVVERTENZA: La Compagnia si riserva la facoltà di accettare la proposta di adesione al Modulo Infortuni e Malattia (Pacchetti A, B o C); ovvero al Modulo Infortuni (Pacchetti D, E o F) nei casi in cui ciò sia richiesto dall'Aderente/Assicurato e previsto dal Contratto nonché la facoltà di rifiutare del tutto la proposta di adesione.

ART. 8 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica, il Contratto di Assicurazione si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente/Assicurato della Lettera di Conferma della Compagnia con la quale viene accettata la proposta di adesione e viene indicata la data di decorrenza delle coperture assicurative. L'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del premio.
In caso di esito negativo della valutazione assuntiva medica, la Compagnia rifiuta la richiesta di adesione, provvedendo a fornirne apposita comunicazione all'Aderente/Assicurato.

Solo nel caso in cui il cliente abbia richiesto l'attivazione del Modulo solo "Infortuni" quale alternativa al Modulo "Infortuni e Malattia" per i casi di esito negativo della valutazione assuntiva medica, la Compagnia comunica l'esito negativo della valutazione assuntiva e l'attivazione del Modulo solo "Infortuni", indicando altresì la data di

decorrenza delle coperture assicurative. Resta naturalmente fermo che l'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del premio.

ART. 9 PREMIO

Il premio varia in funzione:
- dell'età assicurativa dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- delle coperture assicurative prestate;
- della durata del Prestito;
- dell'importo assicurato.

Il premio è unico e anticipato e comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alle coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

In virtù della pluriennalità, al premio viene applicata una riduzione del 2%.

La Compagnia applica un costo di emissione pari ad € 30.

L'importo del premio viene anticipato alla Compagnia dal Distributore. Successivamente quest'ultimo provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, senza alcuna maggiorazione, alle scadenze contrattualmente previste.
Se il premio non viene pagato, il Contratto di Assicurazione e le coperture assicurative restano inefficaci.

ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto di assicurazione è sempre pari alla durata del Prestito e non può essere inferiore a 1 anno (12 mesi) né superiore a 10 anni (120 mesi).

ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di decorrenza evidenziato sulla Lettera di Conferma (attivazione delle coperture assicurative) inviata all'Aderente/Assicurato, restando inteso che le stesse saranno inefficaci, e pertanto non attivabili, qualora non venisse pagato il premio contrattualmente previsto. La durata di tutte le coperture assicurative è sempre pari alla durata del Contratto di Assicurazione, ai sensi dell'art. 1899 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine:
- in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- ove la durata del Contratto superi i 5 anni, in caso di recesso annuale, con effetto a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla data di decorrenza;
- in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- in caso di estinzione anticipata totale, trasferimento, accollo del Prestito nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia;
- in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato;
- alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.

ART. 13 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative indicata nella Lettera di Conferma, con le seguenti modalità:
recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure
dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.
La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Arbe, 49 – 20125 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa la quota parte di premio pagato e non goduto al netto dell'imposta di legge calcolato a partire dalla data di richiesta di recesso, sulla base della seguente formula:

$$\textbf{Rimborso del premio} = Ppu \times \frac{N-k}{N} + H \times \frac{N-K}{N}$$

Ppu = Premio al netto delle imposte, dei costi complessivi (H) e dei costi di emissione
N = durata della copertura assicurativa espressa in giorni
K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione pari a € 30.

COSA SI INTENDE PER RECESSO?

Il recesso è la facoltà riconosciuta ad una o a entrambe le parti di far cessare gli effetti della Polizza ad una data anticipata rispetto alla scadenza prefissata.

ART. 14 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE IN CORSO DI CONTRATTO

A fronte della riduzione di premio indicata all'ART. 9, in caso di durata del Contratto di Assicurazione superiore ai 5 anni, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto ai sensi dell'art. 1899 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi"), a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla data di decorrenza e con effetto alla fine dell'annualità nel corso della quale è stata esercitata.
La Compagnia provvederà a rimborsare la quota parte di premio pagata e non goduta a partire dalla data di effetto dell'operazione sulla base della formula di seguito indicata:

$$\textbf{Rimborso del premio} = Ppu \times \frac{N-k}{N} \; x \; \frac{DR}{CI} + H \times \frac{N-K}{N}$$

Ppu = Premio al netto delle imposte, dei costi complessivi (H) e dei costi di emissione
N = durata della copertura assicurativa espressa in giorni
K permanenza effettiva in copertura espressa in giorni
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
CI = capitale assicurato iniziale
DR = debito residuo assicurato alla data di effetto dell'operazione

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

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Arbe, 49 – 20125 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

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

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, almeno 1 dei seguenti 3 requisiti di adesione e assicurabilità venisse meno:

a. essere Dipendente di azienda privata, in caso di sottoscrizione del pacchetto B ovvero del pacchetto E;
b. essere residente in Italia,
c. non esercitare una delle attività professionali pericolose indicate all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI",

l'Aderente/Assicurato dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R o e-mail, al seguente indirizzo:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Arbe, 49 – 20125 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

a. La perdita del solo requisito di Dipendente di azienda privata determina la cessazione della sola copertura assicurativa Perdita d'Impiego dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito, la quale non interverrà in caso di sinistro.
   La copertura assicurativa rimarrà invece in vigore per le altre garanzie facenti parte del pacchetto assicurativo sottoscritto.
   Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a rimborsare la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito di assicurabilità, sulla base della formula indicata all'ART. 14.

   La Compagnia non rimborserà in ogni caso il costo di emissione pari a € 30.

b. La perdita del requisito di residenza in stato italiano determina la risoluzione del Contratto di Assicurazione; le Compagnie non interverranno perciò in nessun caso di sinistro.
   Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a chiudere il Contratto di Assicurazione, e a rimborsare la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è avvenuto il trasferimento di residenza nello stato estero, sulla base della formula indicata all'ART. 14

c. L'inizio dello svolgimento di una delle attività professionali escluse, determina la risoluzione del Contratto di Assicurazione; le Compagnie non interverranno perciò in nessun caso di sinistro.
   Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a chiudere il Contratto di Assicurazione, e a rimborsare la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito di assicurabilità, sulla base della formula indicata all'ART. 14.

ART. 15.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Ai fini della liquidazione, la Compagnia effettuerà preventivamente controlli in merito alla permanenza dei requisiti di adesione e assicurabilità; qualora dovesse riscontrarne la mancanza, rifiuterà il sinistro e procederà al rimborso del premio pagato e non goduto sulla base della formula indicata al precedente ART. 14, anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la loro perdita.

La Compagnia non rimborserà in ogni caso il costo di emissione pagato al momento della sottoscrizione.

ART. 16 ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI PRESTITO

In caso di anticipata estinzione totale del Prestito (non successiva alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente), ovvero nei casi di trasferimento o di accollo, le coperture assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/accollo del Prestito.

La Compagnia restituirà, entro 30 giorni dalla data di estinzione, la parte di premio corrispondente al periodo di copertura non goduto, al netto delle imposte e del costo di emissione, calcolata sulla base della seguente formula:

Ppu = premio al netto delle imposte e dei costi complessivi (H)

$$\textbf{Rimborso del premio} = Ppu \times \frac{N-k}{N} \times \frac{DR}{CI} + H \times \frac{N-K}{N}$$

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = durata della copertura espressa in giorni
K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni
CI = capitale assicurato iniziale
DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione totale anticipata, accollo, trasferimento del Contratto di Prestito

AVVERTENZA: Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Prestito, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del premio, l'importo del premio (PPU), il capitale assicurato iniziale (CI) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:
PPU = PPU[1] (1-Cap_est/DR)
CI= CI[1] (1-Cap_est/DR)
H = H[1] (1-Cap_est/DR)

[1] I valori di PPU, CI e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita.

La Compagnia tratterrà inoltre un importo pari a € 25 a titolo di spese di estinzione.

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato	€ 20.000
Capitale assicurato iniziale (CI)	€ 20.000
Durata della copertura (N)	120 mesi
Premio unico e anticipato netto imposte	€ 656,62
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 310,91
Costi complessivi (H)	€ 345,71
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo assicurato prima dell'estinzione (DR)	€ 11.000
Importo dell'estinzione anticipata totale (Cap_est)	€ 11.000
Importo rimborsato*	€ 258,36

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25.

In alternativa al rimborso del premio, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Prestito, per il tramite del Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale iniziale.
In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del Contratto di Prestito, 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. 17 ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI PRESTITO

In caso di estinzione parziale del Prestito, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo nella misura corrispondente alla quota estinta.
La Compagnia provvederà, entro 30 giorni dalla data di estinzione, alla restituzione della quota parte di premio in proporzione alla quota di debito estinto anticipatamente, al netto delle imposte e del costo di emissione, sulla base della seguente formula:

$$\textbf{Rimborso del premio} = \left[Ppu \times \frac{N-k}{N} \times \frac{DR}{CI} + H \times \frac{N-K}{N}\right] \times \frac{Cap_est}{DR}$$

Ppu = premio al netto delle imposte e dei costi complessivi (H)

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

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = durata della copertura espressa in giorni
K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni
CI = capitale assicurato iniziale
DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione parziale anticipata
Cap_est = importo dell'estinzione parziale anticipata parziale versato dal cliente

AVVERTENZA: Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Prestito, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del premio, l'importo del premio (PPU), il capitale assicurato iniziale (CI) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:
PPU = PPU[1] (1-Cap_est/DR)
CI= CI[1] (1-Cap_est/DR)
H = H[1] (1-Cap_est/DR)

[1] I valori di PPU, CI e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita.

La Compagnia tratterrà inoltre un importo pari a € 25 a titolo di spese di estinzione.

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato	€ 20.000
Capitale assicurato iniziale (CI)	€ 20.000
Durata della copertura (N)	120 mesi
Premio unico e anticipato netto imposte	€ 656,62
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 310,91
Costi complessivi (H)	€ 345,71
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo assicurato prima dell'estinzione (DR)	€ 11.000
Importo dell'estinzione anticipata parziale (Cap_est)	€ 5.000
Importo rimborsato*	€ 117,43

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25.

In alternativa al rimborso parziale del premio, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Prestito, 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 Prestito, 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. 18 BENEFICIARI

L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di designare il Beneficiario per la copertura assicurativa Decesso e può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione inviando una comunicazione con lettera raccomandata A.R. o via e-mail alla Compagnia ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Arbe, 49 – 20125 Milano
portafoglio@cnpitalia.it

In generale, la designazione del Beneficiario è efficace altresì se lo stesso è determinato solo genericamente, purché sia certamente individuabile. L'Aderente/Assicurato ha facoltà di indicare, per esigenze specifiche di riservatezza, anche un referente terzo diverso dal Beneficiario a cui la compagnia può fare riferimento in caso di decesso.

AVVERTENZA: In caso di mancata indicazione dei dati identificativi del Beneficiario, ovvero del Referente Terzo, la Compagnia potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dello stesso. La comunicazione di nomina e revoca o modifica del Beneficiario, in qualsiasi forma effettuata, anche per testamento, costituisce un atto unilaterale recettizio, e come tale non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima.

Il Beneficiario dovrà presentare la documentazione necessaria a provare la propria identità.
Relativamente alle coperture assicurative diverse dal Decesso, gli indennizzi saranno riconosciuti all'Aderente/Assicurato.

ART. 19 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 37 punti 4 e 5, le coperture assicurative Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale valgono in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.
La copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.

ART. 20 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto dall'Assicurato o dai suoi aventi causa. Per i dettagli si rimanda al Capitolo V.

ART. 21 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 22 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per la copertura assicurativa sulla vita (Decesso), i diritti si prescrivono nel termine ordinario di prescrizione di 10 anni, decorsi i quali le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.
Per le coperture assicurative danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego), i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Tali condizioni sono previste dall'art. 2952 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

ART. 23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 24 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto del Contratto di Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato, su incarico della Compagnia, nell'ambito dell'istruttoria del sinistro, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

ART. 26 MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al Contratto di Assicurazione saranno devolute ad un tentativo obbligatorio di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione più vicino del luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato o, se diverso, del luogo dove l'Aderente/Assicurato ha eletto domicilio elettivo dell'Aderente/Assicurato.
Per qualsiasi controversia giudiziale relativa o connessa al Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo dell'Aderente/Assicurato

CAPITOLO II – MODULO INFORTUNI E MALATTIA (PACCHETTI A, B, C)
COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

AVVERTENZA: Le coperture assicurative non operano: a) nel caso in cui il sinistro occorra durante o comunque in conseguenza dello svolgimento, anche occasionale, di attività sportive di natura pericolosa, come elencate all'interno dell'ART. 37.1; b) in caso di esercizio di una delle attività lavorative pericolose indicate all'ART. 37.1ART. 37.2.

DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA

ART. 27 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo IV, il rischio coperto è il decesso qualunque possa esserne la causa.

Indennizzo

In caso di decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento del decesso.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- esclude eventuali importi di rate insolute scadute prima del decesso;
- riproporziona l'indennizzo nel caso abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando il debito residuo del Prestito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

IMPORTO EROGATO/ DEBITO RESIDUO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 60.000	€ 60.000	= 60.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000**	€ 60.000	€ 30.000	= 60.000*75.000/150.000

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolute prima dell'evento decesso; ** Importo massimo assicurabile.

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se la morte è conseguente ad una malattia: ciò significa che, in questo caso, qualora il decesso a seguito di malattia, avvenga entro 30 giorni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione, l'indennità non verrà corrisposta.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER DECESSO

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DATA DI DECESSO (a seguito di malattia)	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2024	30/01/2024	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà alcun indennizzo, in quanto l'Assicurato è deceduto a seguito di malattia nei primi 30 giorni successivi alla data di decorrenza.
02/01/2024	05/03/2024	La Compagnia liquida il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto l'Assicurato è deceduto dopo i 30 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 27.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente. Pertanto, qualora nel corso della valutazione del sinistro per invalidità totale permanente, dovesse sopraggiungere il decesso, tale copertura assicurativa potrà intervenire solo se l'invalidità risultasse non liquidabile;

› l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

ART. 28 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITP)

Rischio assicurato

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

Indennizzo

Nei casi in cui venga accertata un'invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato, di grado superiore al 65% (Tabelle INAIL), entro 2 anni dall'infortunio o dalla data di diagnosi della malattia verificatesi durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia corrisponderà allo stesso un indennizzo pari:

› Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
› nel periodo di ammortamento del Prestito: all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'invalidità totale permanente.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

› esclude eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'invalidità totale permanente;
› riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
› riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando il debito residuo del Prestito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 60.000	€ 60.000	= 60.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000**	€ 60.000	€ 30.000	= 60.000*75.000/150.000

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolute prima dell'evento invalidità totale permanente; ** Importo massimo assicurabile.

QUAL È LA PERCENTUALE DI INVALIDITÀ CHE LA COMPAGNIA APPLICA?

La percentuale di invalidità è calcolata in base alla tabella INAIL riportata nell'Allegato 1 in fondo alle Condizioni di Assicurazione e potrebbe non coincidere con la percentuale riconosciuta da altri Enti che potrebbero utilizzare tabelle di calcolo differenti.

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

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

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

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

Il grado di invalidità totale permanente da malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) di cui all'Allegato 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL" e successive modificazioni intervenute.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario l'Aderente/Assicurato e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Aderente/Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Aderente/Assicurato stesso.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

AVVERTENZA: nel caso di premorienza dell'Aderente/Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dalla malattia o dall'infortunio o all'accertamento medico-legale dell'impresa, per cause diverse da quella che ha generato

l'invalidità, gli Eredi dell'assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

AVVERTENZA: qualora l'Aderente/Assicurato deceda prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, il diritto alla stessa, qualora liquidabile, sarà trasmesso agli Eredi.

La presente copertura assicurativa cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per decesso dell'Aderente/Assicurato.

Carenza

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se l'invalidità totale permanente è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora la malattia che ha generato l'invalidità venga diagnosticata nei primi 30 giorni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione, l'indennità non verrà corrisposta.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da malattia

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DIAGNOSI DELLA MALATTIA	ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2024	30/01/2024	20/02/2024	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà alcun indennizzo, in quanto la malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata nei primi 30 giorni successivi alla data di decorrenza seppur l'accertamento sia successivo.
02/01/2024	05/04/2024	20/09/2024	La Compagnia liquida il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto la malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata dopo i 30 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 28.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso;
- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea.

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

ART. 29 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITT)

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio coperto è l'inabilità totale temporanea derivante da infortunio o da malattia.

Indennizzo

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto, nel caso di sinistro dovuto a malattia, in caso di sinistro, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Prestito in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA				
IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI INABILITÀ	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 2.000	€ 2.000	= 2.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000*	€ 2.000	€ 1.000	= 2.000*75.000/150.000

* Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 36 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale.

Carenza

La copertura assicurativa per l'inabilità totale temporanea è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se causata da malattia. L'indennità non verrà corrisposta qualora l'inabilità da malattia si verifichi e/o la malattia che l'ha generata venga diagnosticata entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso di inabilità totale temporanea da infortunio o malattia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità medicalmente accertata.

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un sinistro per inabilità totale temporanea, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di inabilità salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità, l'Aderente/Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa ovvero abbia ripreso a svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici per un periodo pari a 30 giorni consecutivi ovvero 180 giorni consecutivi se la causa è la stessa che ha causato la precedente inabilità totale temporanea.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA	
L'Aderente/Assicurato sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2024	
CASO 1	Viene denunciato il sinistro da malattia diagnosticata il 20 gennaio 2024. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'Inabilità è stata diagnosticata nei primi 30 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.
CASO 2	Viene denunciato un sinistro da malattia con primo giorno di inabilità totale temporanea 30 giugno 2024, la cui durata è pari a 25 giorni. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto il periodo di inabilità ha avuto una durata inferiore a 30 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	Viene denunciato un sinistro da malattia diagnosticata il 20 maggio con primo giorno di inabilità totale temporanea 30/06/2024, la cui durata è pari a 45 giorni. La rata risulta essere in scadenza il 1° agosto 2024. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'inabilità totale temporanea è stata diagnosticata successivamente ai primi 30 giorni dalla data di decorrenza (carenza), la durata del periodo di inabilità è superiore a 30 giorni (franchigia) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. La prestazione sarà pari all'importo della rata in scadenza il 1° agosto 2024 (di importo massimo pari a € 2.000). L'Assicurato, al termine dei 45 giorni di inabilità totale temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo sinistro per inabilità totale temporanea dovuta a stessa causa. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità per stessa causa, l'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa. La Compagnia avrebbe invece liquidato il sinistro qualora questo fosse stato dovuto a causa diversa dal primo sinistro. In questo ultimo caso, infatti, il periodo di riqualificazione è pari a 30 giorni.

ART. 29.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

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

PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

ART. 30 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

COPERTURA ASSICURATIVA SOTTOSCRIVIBILE ESCLUSIVAMENTE DAI LAVORATORI DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATA CON CONTRATTO DI LAVORO DISCIPLINATO DALLA LEGGE ITALIANA, A TEMPO DETERMINATO O INDETERMINATO, DI ALMENO 16 ORE LAVORATIVE SETTIMANALI

La copertura assicurativa Perdita d'Impiego è sottoscrivibile esclusivamente dai lavoratori dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio assicurato è la perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

ESEMPIO DI RISCHIO ASSICURATO	
CASO 1	Tizio, in qualità di dipendente della società Alfa, viene licenziato, unitamente ad altri 10 dipendenti della società Alfa, per esigenze di produzione e riorganizzazione aziendale, in quanto l'azienda Alfa ha registrato negli ultimi due anni perdite per oltre 1 milione di euro, senza alcun utile. In tal caso, la Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo oggettivo, indennizzerà Tizio nei limiti del Massimale stabilito, per il danno subito.
CASO 2	Tizio, dipendente della società Alfa, viene licenziato in quanto nell'ultimo mese ha riportato 3 richiami scritti dovuti ad assenza ingiustificata sul luogo di lavoro. La Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo soggettivo, non coprirà il rischio e non indennizzerà il danno subito da Tizio.

Indennizzo

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto, in caso di sinistro, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà riproporzionata moltiplicando la rata del Prestito in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 2.000	€ 2.000	= 2.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000*	€ 2.000	€ 1.000	= 2.000*75.000/150.000

* Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 36 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale.

Carenza

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

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso perdita d'impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un sinistro per disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione o messa in mobilità e l'inizio del secondo periodo di disoccupazione o messa in mobilità, l'Aderente/Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di azienda privata per un periodo pari a 180 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA	
L'Aderente/Assicurato sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2024	
CASO 1	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 2 Febbraio 2024. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato nei primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.

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

CASO 2	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2024. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 20 luglio 2024. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nonostante l'Aderente/Assicurato sia stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza), la durata del periodo di inattività è inferiore a 60 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2024. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 2 settembre 2024. La rata risulta essere in scadenza il 1° settembre 2024. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza) la durata del periodo di inattività è superiore a 60 giorni (franchigia assoluta) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. L'Aderente/Assicurato, a partire dal 2 settembre 2024, svolge la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni al termine dei quali viene licenziato. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione e l'inizio del secondo, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 30.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

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

ART. 31 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA
Decesso	Pari all'importo erogato del prestito (min. € 2.000) e € 75.000	==	==	30 giorni (solo per malattia)	==
Invalidità Totale Permanente			65% (relativa)	30 giorni (solo per malattia)	==
Inabilità Temporanea Totale	==	2.000/mese	30 giorni (assoluta)	30 giorni (solo per malattia)	30 gg (180 gg per la stessa causa del precedente sinistro)
Perdita d'Impiego			60 giorni (assoluta)	90 giorni	180 giorni
*massimo12 rate per ogni sinistro e 36 rate per tutta la durata contrattuale					

CAPITOLO III – MODULO INFORTUNI (PACCHETTI D, E, F)
COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

LE COPERTURE PREVISTE DAL MODULO "INFORTUNI" DESCRITTE NEL PRESENTE CAPITOLO SONO ATTIVABILI IN VIA ALTERNATIVA RISPETTO ALLE COPERTURE PREVISTE DAL MODULO "INFORTUNI E MALATTIA" DESCRITTE NEL CAPITOLO II E SOLO NEI CASI IN CUI LA RELATIVA ATTIVAZIONE SIA STATA ESPRESSAMENTE RICHIESTA DALL'ADERENTE/ASSICURATO PER I CASI DI MANCATO RISPETTO DEI LIMITI DI ETÀ PREVISTI PER L'ADESIONE AL "MODULO INFORTUNI E MALATTIA" OVVERO DI ESITO NEGATIVO DELLA VALUTAZIONE MEDICA PREVISTA PER L'ATTIVAZIONE DEL MODULO "INFORTUNI E MALATTIA".

AVVERTENZA: Le coperture assicurative non operano: a) nel caso in cui il sinistro occorra durante o comunque in conseguenza dello svolgimento, anche occasionale, di attività sportive di natura pericolosa, come elencate all'interno dell'ART. 37.1; b) in caso di esercizio di una delle attività lavorative pericolose indicate all'ART. 37.2.

DECESSO DA INFORTUNIO

ART. 32 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo IV, il rischio coperto è il decesso da infortunio.

Indennizzo

In caso di decesso derivante da infortunio dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento: all'ammontare del debito residuo in linea capitale al momento del decesso.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- esclude eventuali importi di rate insolute scadute prima del decesso;
- riproporziona l'indennizzo nel caso abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando il debito residuo del Prestito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

IMPORTO EROGATO/ DEBITO RESIDUO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 60.000	€ 60.000	= 60.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000**	€ 60.000	€ 30.000	= 60.000*75.000/150.000

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolute prima dell'evento decesso; ** Importo massimo assicurabile.

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso da infortunio non è sottoposta ad alcun periodo di carenza.

ART. 32.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente. Pertanto, qualora nel corso della valutazione del sinistro per invalidità totale permanente, dovesse sopraggiungere il decesso, tale copertura assicurativa potrà intervenire solo se l'invalidità risultasse non liquidabile;
- l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO (ITP)

ART. 33 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo IV, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente di grado superiore al 59% (Tabelle INAIL) causata da infortunio.

Indennizzo

Nei casi in cui venga accertata un'invalidità totale permanente dell'Aderente/Assicurato, di grado superiore al 59% (Tabelle INAIL), entro 2 anni dall'infortunio verificatosi durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia corrisponderà allo stesso un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: al capitale assicurato iniziale;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'infortunio che ha generato l'invalidità totale permanente.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- esclude eventuali importi di rate insolute scadute prima dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'invalidità totale permanente;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando il debito residuo del Prestito al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 60.000	€ 60.000	= 60.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000**	€ 60.000	€ 30.000	= 60.000*75.000/150.000

*l'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolute prima dell'evento invalidità totale permanente; ** Importo massimo assicurabile.

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo

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

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

Come valutare il grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio

Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) di cui all'Allegato 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL" e successive modificazioni intervenute.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario l'Aderente/Assicurato e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Aderente/Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Aderente/Assicurato stesso.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

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

AVVERTENZA: qualora l'Aderente/Assicurato deceda prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, il diritto alla stessa, qualora liquidabile, sarà trasmesso agli Eredi.

La presente copertura assicurativa cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per decesso dell'Aderente/Assicurato.

Carenza

La copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è sottoposta ad alcun periodo di carenza.

QUAL È LA PERCENTUALE DI INVALIDITÀ CHE LA COMPAGNIA APPLICA?

La percentuale di invalidità è calcolata in base alla tabella INAIL riportata nell'Allegato 1 in fondo alle Condizioni di Assicurazione e potrebbe non coincidere con la percentuale riconosciuta da altri Enti che potrebbero utilizzare tabelle di calcolo differenti.

ART. 33.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso;
- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea.

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

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO (ITT)

ART. 34 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio coperto è l'inabilità totale temporanea derivante da infortunio.

Indennizzo

In caso di sinistro, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: pari all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Prestito in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI INABILITÀ	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 2.000	€ 2.000	= 2.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				
€ 150.000	€ 75.000*	€ 2.000	€ 1.000	= 2.000*75.000/150.000

* Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 36 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale.

Carenza

La copertura assicurativa per l'inabilità totale temporanea da infortunio non è sottoposta ad alcun periodo di carenza.

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso di inabilità totale temporanea da infortunio è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità medicalmente accertata.

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un sinistro per inabilità totale temporanea, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di inabilità salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità, l'Aderente/Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa ovvero abbia ripreso a svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici per un periodo pari a 30 giorni consecutivi ovvero 180 giorni consecutivi se la causa è la stessa che ha causato la precedente inabilità totale temporanea.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Aderente/Assicurato sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2024

CASO 1	Viene denunciato un sinistro da infortunio con primo giorno di inabilità totale temporanea 30 giugno 2024, la cui durata è pari a 25 giorni. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto il periodo di inabilità ha avuto una durata inferiore a 30 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 2	Viene denunciato un sinistro da infortunio accaduto il 20 maggio con primo giorno di inabilità totale temporanea 30/06/2024, la cui durata è pari a 45 giorni. La rata risulta essere in scadenza il 1° agosto 2024. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto, la durata del periodo di inabilità è superiore a 30 giorni (franchigia) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. La prestazione sarà pari all'importo della rata in scadenza il 1° agosto 2024 (di importo massimo pari a € 2.000). L'Assicurato, al termine dei 45 giorni di inabilità totale temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo sinistro per inabilità totale temporanea dovuta a stessa causa. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità per stessa causa, l'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa. La Compagnia avrebbe invece liquidato il sinistro qualora questo fosse stato dovuto a causa diversa dal primo sinistro. In questo ultimo caso, infatti, il periodo di riqualificazione è pari a 30 giorni.

ART. 34.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le coperture fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.
La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso ovvero di liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente.

PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

La copertura assicurativa Perdita d'Impiego è sottoscrivibile esclusivamente dai lavoratori dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali

ART. 35 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE SE RICHIESTA DAL CLIENTE IN FASE DI ADESIONE ED ESPRESSAMENTE INDICATA DALLA COMPAGNIA MEDESIMA ALL'INTERNO DELLA LETTERA DI CONFERMA

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio assicurato è la perdita involontaria d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

ESEMPIO DI RISCHIO ASSICURATO	
CASO 1	Tizio, in qualità di dipendente della società Alfa, viene licenziato, unitamente ad altri 10 dipendenti della società Alfa, per esigenze di produzione e riorganizzazione aziendale, in quanto l'azienda Alfa ha registrato negli ultimi due anni perdite per oltre 1 milione di euro, senza alcun utile. In tal caso, la Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo oggettivo, indennizzerà Tizio nei limiti del Massimale stabilito, per il danno subito.
CASO 2	Tizio, dipendente della società Alfa, viene licenziato in quanto nell'ultimo mese ha riportato 3 richiami scritti dovuti ad assenza ingiustificata sul luogo di lavoro. La Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo soggettivo, non coprirà il rischio e non indennizzerà il danno subito da Tizio.

Indennizzo

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto, in caso di sinistro, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
- nel periodo di ammortamento del Prestito: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di disoccupazione, trascorsi 60 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.000 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

La Compagnia, ai fini del calcolo dell'importo da liquidare:

- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- riproporziona l'indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all'importo del Prestito erogato o al debito residuo del Prestito al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà riproporzionata moltiplicando la rata del Prestito in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato iniziale e l'ammontare del Prestito erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA				
IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE		IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato/debito residuo				
€ 75.000	€ 75.000	€ 2.000	€ 2.000	= 2.000*75.000/75.000
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato/debito residuo				

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

€ 150.000	€ 75.000*	€ 2.000	€ 1.000	= 2.000*75.000/150.000

* Importo massimo assicurabile.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 rate per ogni sinistro e 36 rate nell'arco dell'intera durata contrattuale.

Carenza

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

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso perdita d'impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un sinistro per disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione o messa in mobilità e l'inizio del secondo periodo di disoccupazione o messa in mobilità, l'Aderente/Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di azienda privata per un periodo pari a 180 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA	
L'Aderente/Assicurato sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2024	
CASO 1	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 2 Febbraio 2024. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato nei primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza e il sinistro risulta quindi essere in carenza.
CASO 2	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2024. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 20 luglio 2024. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nonostante l'Aderente/Assicurato sia stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza), la durata del periodo di inattività è inferiore a 60 giorni. Il sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2024. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 2 settembre 2024. La rata risulta essere in scadenza il 1° settembre 2024. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla data di decorrenza (carenza) la durata del periodo di inattività è superiore a 60 giorni (franchigia assoluta) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. L'Aderente/Assicurato, a partire dal 2 settembre 2024, svolge la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni al termine dei quali viene licenziato. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione e l'inizio del secondo, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 35.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

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

ART. 36 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA
Decesso da infortunio	Pari all'importo erogato del prestito (min. € 2.000) e € 75.000	==	==	==	==
Invalidità Totale Permanente da infortunio			59% (relativa)	==	==
Inabilità Temporanea Totale da infortunio	==	2.000/mese	30 giorni (assoluta)	==	30 gg (180 gg per la stessa causa del precedente sinistro)
Perdita d'Impiego involontaria			60 giorni (assoluta)	90 giorni	180 giorni
*massimo12 rate per ogni sinistro e 36 rate per tutta la durata contrattuale					

CAPITOLO IV
ESCLUSIONI

ART. 37 ESCLUSIONI

Le coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale previste da tutti i moduli del presente contratto non sono operanti nei seguenti casi:

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
5. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
6. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
7. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
8. dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
9. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
10. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
11. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
12. sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
13. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
14. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
15. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive pericolose indicate al successivo ART. 37.1;
16. produzione e/o uso di esplosivi.

La copertura Decesso non è inoltre operante nel seguente caso:

17. suicidio e tentativi di suicidio nei termini previsti dalla normativa vigente.

Le coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale non sono inoltre operanti nei seguenti casi:

18. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
19. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
20. atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
21. sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
22. trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
23. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

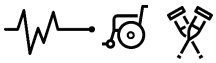
La copertura Inabilità Totale Temporanea non è inoltre operante nel seguente caso:

24. pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

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

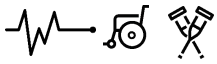
NB. Le parti evidenziate e in grassetto devono essere lette attentamente

25. l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
26. l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
27. il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
28. dimissioni;
29. qualora l'Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
30. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia ovvero altri ammortizzatori sociali;
31. il contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
32. l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
33. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
34. qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
35. risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
36. l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale.



ART. 37.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

1. Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo, Salti da trampolino con sci e idroscì, Sci nautico, Skiathlon;
2. Bob (guidoslitta), Skeleton, Arrampicata, Bouldering, Scalata, Combinata nordica, Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning, Accesso ai ghiacciai, Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa, Speleologia;
3. Sport aerei in genere, a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante;
4. Immersioni subacquee, Caccia, Safari, Sport equestri, Tauromachia;
5. Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore;
6. Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa);
7. Competizioni ciclistiche;
8. Kickboxing, Pugilato, Savate, lotta nelle sue varie forme, Atletica pesante, Rugby, Football americano;
9. Altri sport comunemente definiti "estremi".



ART. 37.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE

Ferma la non assicurabilità, ai sensi dell'articolo 4 del presente Contratto, dei soggetti che svolgono attività lavorative pericolose, si precisa comunque che le coperture previste dal Contratto non operano in caso di esercizio di una delle seguenti attività lavorative pericolose:

1. Acrobata;
2. Domatore;
3. Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli;
4. Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali;
5. Artista controfigura; Stuntman;
6. Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo;
7. Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti);
8. Addetto di impianti di energia nucleare;
9. Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili;
10. Addetto al soccorso alpino e speleologico;
11. Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbricante di armi;
12. Operaio/addetto su piattaforme petrolifere;
13. Sommozzatore;
14. Speleologo;
15. Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi);
16. Palombaro.

CAPITOLO V
DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 38 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.
Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti tutte le coperture assicurative, devono essere inviate mediante posta al seguente recapito:

ONE UNDERWRITING srl
Via Ernesto Calindri, 6 – 20143 Milano
sinistricnp@oneunderwriting.it

L'Aderente/Assicurato ovvero i suoi aventi causa devono altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Polizza. In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

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

ART. 39 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia richiede la consegna dei documenti sotto riportati.

DECESSO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:
- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
- Copia del Testamento qualora esistente e/o Atto notorio da cui risulti che il Cliente sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio;
- Copia del piano di ammortamento.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:
1) <u>Qualora il decesso sia determinato da infortunio:</u>
   - Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   - Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   - Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
2) <u>Qualora il decesso sia determinato da malattia:</u>
   - Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso.
3) <u>Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:</u>
   - Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause o copia della cartella clinica.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:
- Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail.
- Copia del piano di ammortamento.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:
1) <u>Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da infortunio:</u>
   - Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   - Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   - Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
2) <u>Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da malattia:</u>
   - Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità totale permanente.

INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:
- Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;

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

› Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal Dipendente di azienda privata;
› Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione;
› Copia del piano di ammortamento.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da infortunio:
   › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   › Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
   › Copia del certificato di pronto soccorso.
2) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da malattia:
   › Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa all'inabilità totale temporanea.

PERDITA D'IMPIEGO

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

› Copia della lettera di licenziamento con indicato il motivo dello stesso;
› Copia del modello UNILAV di cessazione;
› Copia delle ultime due buste paghe e del contratto di assunzione;
› Copia del certificato di iscrizione al Centro per l'impiego;
› Scheda professionale e Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'impiego) o Modello C2 – storico;
› Copia del piano di ammortamento.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Nel caso di dimissioni per giusta causa:
   › Copia del pagamento dell'indennità di disoccupazione;
   › Copia della lettera di dimissioni.

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

AVVERTENZA: Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

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

AVVERTENZA: L'Assicurato e/o i suoi aventi 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:

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 40 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 41 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

AVVERTENZA:
Le richieste di pagamento incomplete possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL
DEL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124

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

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

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

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

ALLEGATO 2: RIFERIMENTI NORMATIVI
ARTICOLI DI LEGGE

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

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

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1891 c.c.	**Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta** Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.
1892 c.c.	**Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave** Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del *contraente*, relative a circostanze tali che l'*assicurato*re non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il *contraente* ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al *contraente* di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al *premio* convenuto per il primo anno. Se il *sinistro* si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.
1893 c.c.	**Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave** Se il *contraente* ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'*assicurato* nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il *sinistro* si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il *premio* convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.
1894 c.c.	**Assicurazione in nome o per conto di terzi** Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al *rischio*, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.
1899 c.c.	**Durata dell'assicurazione** L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita (c. 1919 ss.).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

1901 c.c.	**Mancato pagamento del premio** Se il *contraente* non paga il *premio* o la prima rata di *premio* stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il *contraente* paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il *contraente* non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

	Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il *premio* o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del *premio* relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (…)
1913 c.c.	**Avviso all'assicuratore in caso di sinistro** L'*assicurato* deve dare avviso del *sinistro* all'*assicurato*re o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il *sinistro* si è verificato o l'*assicurato* ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del *sinistro*. (…)
1915 c.c.	**Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio** L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1913) o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).
1916 c.c.	**Diritto di surrogazione dell'assicuratore** L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'*assicurato* verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'*assicurato* stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'*assicurato* è responsabile verso l'*assicurato*re del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SULLA VITA

1924 c.c.	**Mancato pagamento del premio** Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'articolo 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate. Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risoluto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.
1927 c.c.	**Suicidio dell'assicurato** In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi (1901, 1924), non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c.	**Prescrizione in materia di assicurazione** Il diritto al pagamento delle rate di *premio* si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.

NORME IN TEMA DI ANTIRICICLAGGIO

Persona Politicamente Esposta (Cfr. D.lgs. 231/07 s.m.i., art 1, comma 2, lett. dd)

dd) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice - Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e
i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche che (omissis) detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Titolare Effettivo (Rif. D.Lgs 231/2007 s.m.i., art. 1, co 2, lett. pp))

pp) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita;

Ai sensi del Regolamento n IVASS. 44/2019 il titolare effettivo si qualifica inoltre come (Rif. Reg. 44/IVASS del 13/02/2019):

i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");

ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2"),

iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,

• che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o

• a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua un'operazione oppure il beneficiario siano:

i. società, anche di persone,

ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero,

iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile.

Criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche (Cfr. D.lgs. 231/07 s.m.i., art 20)

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4.Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

a) i fondatori, ove in vita;

b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

5. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.

Obblighi del cliente (Cfr. D.lgs. 231/07 s.m.i., art 22)

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del Codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del Codice civile.

4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.

5. . I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più
beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.
5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Astensione (Cfr. D.lgs. 231/07 s.m.i., art 42)

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
(omissis)
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Fattispecie incriminatrici (Cfr. D.lgs. 231/07 s.m.i, art 55)

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
4. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendovi tenuto, viola il divieto di comunicazione di cui agli articoli 39, comma 1, e 41, comma 3, è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da 5.000 euro a 30.000 euro.

MODULO DI PROPOSTA FACOLTATIVA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

PROPOSTA DI ADESIONE N°

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE/ASSICURATO

COGNOME E NOME					
CODICE FISCALE		NATO IL		SESSO	
CITTÀ		PROV.		NAZIONE	
RESIDENTE IN				CAP	
CITTÀ		PROV.		NAZIONE	
DOMICILIO IN				CAP	
CITTÀ		PROV.		NAZIONE	
DOCUMENTO DI IDENTITÀ		N°			
ENTE DI RILASCIO		EMISSIONE		SCADENZA	
CITTÀ		PROV.		NAZIONE	
TEL.		E-MAIL			

B. DATI CONTRATTO DI PRESTITO

ISTITUTO

☐ Prestito nuovo

DURATA mesi DURATA PREAMMORTAMENTO mesi

IMPORTO EROGATO €

C. DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO E AL CAPITALE ASSICURATO

Si riportano di seguito i pacchetti sottoscrivibili in funzione dell'età dell'Aderente/Assicurato, della tipologia di attività svolta, nonché delle esigenze espresse nel Questionario per la valutazione della coerenza del contratto con le esigenze assicurative del cliente.

MODULO INFORTUNI E MALATTIA	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <__>	☐ DECESSO da infortunio e malattia ☐ INVALIDITÀ TOTALE PERMENENTE da infortunio e malattia ☐ INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e malattia ☐ PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

MODULO INFORTUNI	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <__>	☐ DECESSO da infortunio ☐ INVALIDITÀ TOTALE PERMENENTE da infortunio ☐ INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio ☐ PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

AVVERTENZA: La Compagnia si riserva di accettare la proposta di adesione al Modulo Infortuni e Malattia (Pacchetti A, B o C) ovvero al Modulo Infortuni (Pacchetti D, E o F) nei casi in cui ciò sia richiesto dall'Aderente/Assicurato e previsto dal Contratto nonché la facoltà di rifiutare del tutto la proposta di adesione.

LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTENUTO DELLA LETTERA DI CONFERMA INVIATA DALLA COMPAGNIA IN CASO DI ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA DI ADESIONE

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €

D. DATI RELATIVI AL PREMIO

☐ Premio unico (Modulo Infortuni e Malattia - Pacchetto <_>)

FAC SIMILE

PREMIO UNICO LORDO* € di cui imposte €

*Comprensivo di costi di emissione pari a € <costi di emissione>.

Costi complessivi** € di cui importo percepito dalla rete di distribuzione €

**già compresi nel premio lordo

☐ Premio unico (Modulo Infortuni - Pacchetto <_>)

PREMIO UNICO LORDO* € di cui imposte €

*Comprensivo di costi di emissione pari a € <costi di emissione>.

Costi complessivi** € di cui importo percepito dalla rete di distribuzione €

**già compresi nel premio lordo

AVVERTENZA: La Compagnia, in caso di accettazione della proposta, provvederà ad addebitare il premio relativo al pacchetto assicurativo indicato all'interno della Lettera di Conferma.

E. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

PRENDE ATTO

- che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengono trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente in formato cartaceo;
- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico;
- che l'adesione e l'attivazione del Modulo "Infortuni" è possibile, previa espressa richiesta dell'Aderente/Assicurato, solo nei casi di impossibilità di adesione Modulo "Infortuni e Malattia" per effetto del mancato rispetto dei limiti anagrafici e dei limiti assuntivi previsti per tale modulo;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a <_> giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio;
- che è in ogni caso possibile **recedere dalle coperture assicurative entro 60 giorni dalla decorrenza della Polizza** (indicata nella Lettera di Conferma), ottenendo il rimborso totale del premio versato, al netto del costo di emissione e delle imposte versate, inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A., Via Arbe 49 – 20125 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- che la Compagnia, in caso di rimborso del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di Prestito, tratterrà un costo pari a € <_> a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'operazione;
- che in virtù della pluriennalità del contratto, è stata riconosciuta una riduzione del premio pari al <_>% rispetto alla tariffa annuale di riferimento, pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 c.c., il recesso in corso di contratto, non è consentito nei primi 5 anni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione;
- delle seguenti **AVVERTENZE: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione; b) per certificare il proprio stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a carico dell'Aderente/Assicurato e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta.**

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- **di essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è FACOLTATIVA e che la concessione del Prestito non è subordinata all'adesione alla stessa;**
- **di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione ovvero erogazione del Prestito richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate**;
- di essere residente in Italia;
- di non esercitare una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbricante di armi; Operaio/addetto su piattaforme petrolifere; Sommozzatore; Speleologo; Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi); Palombaro;

FAC SIMILE

- in caso di scelta del pacchetto B ovvero del pacchetto E, di essere Dipendente di Azienda privato con contratto disciplinato dalla legge italiana e di almeno 16 ore settimanali;
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo di Proposta, nel Questionario Sanitario ovvero nel Questionario Medico, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte.

F. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

A fronte delle coperture assicurative previste dal Contratto di Assicurazione è dovuto dall'Aderente/Assicurato un Premio unico, il cui importo viene versato alla Compagnia da parte del Distributore. Successivamente, quest'ultimo provvede all'addebito del premio sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato, in frazioni mensili di uguale entità in coincidenza con le scadenze della rate del Prestito previste dal piano di ammortamento, senza maggiorazione di interessi.

G. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

AVVERTENZA: IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO OVVERO DEL REFERENTE TERZO, LA COMPAGNIA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

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

☐ Gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi in parti uguali
☐ I seguenti soggetti in forma nominata:

BENEFICIARIO 1

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA | DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ | PROV. | NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN | CAP
TEL. | E-MAIL | % BENEFICIO

BENEFICIARIO 2

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA | DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ | PROV. | NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN | CAP
TEL. | E-MAIL | % BENEFICIO

BENEFICIARIO 3

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA | DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ | PROV. | NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN | CAP
TEL. | E-MAIL | % BENEFICIO

BENEFICIARIO 4

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA | DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ | PROV. | NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN | CAP
TEL. | E-MAIL | % BENEFICIO

BENEFICIARIO 5

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA | DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ | PROV. | NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN | CAP
TEL. | E-MAIL | % BENEFICIO

L'Aderente/Assicurato autorizza l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima della data del decesso

☐ SI ☐ NO

FAC SIMILE

AVVERTENZA: La comunicazione di nomina e revoca o modifica del Beneficiario, in qualsiasi forma effettuata, anche per testamento, costituisce un atto unilaterale recettizio, e come tale non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima.

H. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'Aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente Referente Terzo diverso dal Beneficiario a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso: ☐ SI ☐ NO

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE					
CODICE FISCALE / P.IVA		DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE			
CITTÀ		PROV.		NAZIONE	
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN				CAP	
TEL.		E-MAIL			

Data **Firma Aderente/Assicurato**

(Per le sezioni A, B, C, D, E, F, G, H)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver RICEVUTO in tempo utile prima della sottoscrizione e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Vita, DIP Danni, DIP Aggiuntivo Multirischi, le Condizioni di Assicurazione il Fac-simile del Modulo di Proposta, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e il Modulo di Denuncia sinistri;
- di aver COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione contenute nella documentazione consegnata.

Data **Firma Aderente/Assicurato**

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

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

› l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso o Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile delle coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

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

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL C.C. L'ADERENTE/ASSICURATO DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI, ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE, ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 25 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 27 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA, ART. 28 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 29 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 30 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 32 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO, ART. 33 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO ART. 34 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO, ART. 35 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 37 ESCLUSIONI, ART. 37.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 37.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data **Firma Aderente/Assicurato**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI

Come illustrato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nel Set Informativo consegnato dal Distributore all'Aderente, la Compagnia ha la necessità di trattare alcuni suoi dati personali particolari riguardanti il suo stato di salute per le seguenti finalità:

1) gestione del rapporto contrattuale (Polizza assicurativa) e dei conseguenti adempimenti anche normativi;
2) valutazione del rischio in fase di assunzione della copertura assicurativa;
3) comunicazione a terzi e a destinatari;
4) sicurezza informatica.

Pertanto, le chiediamo di prestare il consenso al trattamento di tali dati personali, nello specifico "dati particolari" per le suddette finalità, apponendo la sua firma in calce alla presente dichiarazione.

CNP rende noto che tale consenso è obbligatorio e non potrà essere revocato in quanto il trattamento di tali dati è necessario per adempiere agli obblighi derivanti dal rapporto assicurativo in essere.

Data **Firma Aderente/Assicurato**

FAC SIMILE

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PERSONE FISICHE

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR)

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

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

CNP ASSURANCES S.A. e CNP CAUTION S.A., Compagnie Assicurative operanti in Italia in regime di stabilimento, con sede legale in via Arbe n.49, 20125 Milano, in qualità di Titolari del Trattamento (di seguito anche le "**Compagnie**", le "**Società**") trattano i Suoi Dati Personali per le finalità riportate nella Sezione 3 della presente informativa.

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

Sia CNP ASSURANCES S.A. sia CNP CAUTION S.A. hanno nominato il Responsabile della Protezione dei Dati previsto dal Regolamento (c.d. "***Data Protection Officer***" o "**DPO**"). Per tutte le questioni relative al Trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 8 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: dpo.it@cnpitalia.it

SEZIONE 3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE

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

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

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

I Dati Personali saranno acquisiti direttamente da Lei, in qualità di Interessato, o raccolti presso soggetti terzi[1] (in quest'ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e saranno trattati dalle Compagnie nell'ambito delle finalità di seguito dettagliate.

Trattamento dei dati personali da parte dei dipendenti

Ai dipendenti 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.

Categorie di Dati Personali

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

Per qualsiasi altra informazione relativamente al Trattamento dei Dati svolto dal Titolare può fare riferimento al sito internet www.cnpitalia.it

Finalità e base giuridica del Trattamento

I Dati Personali che La riguardano, da Lei comunicati al Titolare o raccolti presso soggetti terzi (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), saranno trattati dal Titolare nell'ambito della sua attività con le seguenti finalità e basi giuridiche:

- **Adempimento degli obblighi contrattuali e misure precontrattuali**

[1] I soggetti terzi, presso i quali i Suoi Dati Personali possono essere raccolti sono a titolo esemplificativo:
- l'Intermediario/il Distributore
- familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori);
- professionisti del settore sanitario;
- elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali);
- Autorità Giudiziarie e Forze di Polizia.

I Suoi Dati Personali saranno trattati con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione del contratto di assicurazione. I Suoi Dati Personali saranno trattati per la gestione e la liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Compagnia è autorizzata, ai sensi delle attuali disposizioni normative, nonché per fornirle servizi di assistenza sui servizi e sui prodotti offerti, in ragione degli obblighi in tal senso discendenti dal rapporto contrattuale instaurato.
La base giuridica per queste finalità di Trattamento è data dalla necessità di dar seguito alle Sue richieste e di dare esecuzione al contratto di cui Lei è o sarà parte (art. 6.1.b del GDPR); non sarebbe possibile per il Titolare dare correttamente esecuzione a tale contratto senza utilizzare i Suoi Dati Personali.

Per quanto riguarda il Trattamento di particolari categorie di Dati Personali, tra i quali dati sullo stato di salute, La informiamo che lo stesso avverrà solo con la base giuridica determinata dal Suo Consenso esplicito (art. 9 del GDPR) con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione della polizza a cui ha aderito, quali l'attivazione della copertura, la raccolta premi, la trattazione dei reclami, la gestione e la liquidazione dei sinistri, attività di riassicurazione, assistenza sui servizi e sui prodotti oggetto di polizza.

› **Adempimento di obblighi Normativi/Legali**

Il Trattamento dei Suoi Dati Personali con la finalità di adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo Consenso. Il Trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'Autorità di Vigilanza e controllo (ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale; la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso; la normativa inerente alla prevenzione delle frodi).

La base giuridica relativa a questi trattamenti è quindi l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del Trattamento (art. 6.1.c del GDPR).

› **Perseguimento del legittimo interesse del Titolare**

Il Trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario per la finalità di perseguire un legittimo interesse della Società, ossia:

- per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
- per difendere i diritti delle Compagnie in sede giudiziale e stragiudiziale in caso di violazioni contrattuali ed extracontrattuali a danno del Titolare del Trattamento;
- per finalità di sicurezza informatica, al fine di garantire la sicurezza delle reti ed evitare la compromissione della disponibilità, dell'autenticità, dell'integrità e della riservatezza dei Dati Personali conservati o trasmessi;
- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali e non è richiesto il Suo Consenso.

La base giuridica per questa finalità di Trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare (art. 6.1.f del GDPR).

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

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

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

Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa), Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine.

4. **Intermediari/Distributori**: (ad esempio Istituti di Credito). Tali soggetti, a seguito del parere del Garante per la protezione dei dati personali del 18/05/2022, relativo al ruolo soggettivo degli Istituti Finanziari e Creditizi che trattano dati personali dei clienti ai fini del collocamento di polizze assicurative, sono nominati Responsabili del Trattamento ex art. 28 del GDPR.

Le Società controllate e collegate al Titolare ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali:

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dal Titolare all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono comunicati a destinatari situati in Paesi al di fuori dell'Unione Europea.

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui Lei è parte; ovvero per 24 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

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

SEZIONE 7 - TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PARTICOLARI

Le Compagnie, per adempiere agli obblighi previsti dal presente contratto, tratterà categorie particolari di Dati Personali con particolare riferimento ai dati relativi al Suo stato di salute. Tali categorie di Dati Personali verranno acquisiti con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione della polizza a cui ha aderito.
Per il trattamento di tali dati, Le sarà richiesto il Consenso esplicito così come previsto dalle disposizioni Regolamentari. Purtroppo, in caso di rifiuto a fornire il Consenso, le Compagnie non potranno dar seguito al contratto o alla prestazione da Lei richiesta.

SEZIONE 8 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto agli indirizzi e-mail: dpo.it@cnpitalia.it o a mezzo posta all'indirizzo di CNP Assurances S.A e CNP Caution S.A. – via Arbe, 49 - 20125, Milano.

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

Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, le Compagnie potranno addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.
Le Compagnie si riservano la possibilità di richiedere ulteriori informazioni necessarie per confermare l'identità dell'Interessato, qualora sussistano ragionevoli dubbi circa l'identità della persona fisica che esercita i diritti di cui agli Artt. 15-22 del GDPR.
Le Compagnie riscontreranno alle Sue richieste entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse, tali tempistiche potranno arrivare ad un massimo di 45 giorni, qualora la richiesta sia particolarmente complessa, sempre nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa.
Le Compagnie La informeranno di tale proroga e dei motivi del ritardo entro un mese dal ricevimento della richiesta.

Con riferimento ai Dati trattati, Le Compagnie Le riconoscono la possibilità di esercitare i seguenti diritti:

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

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

- **Diritto di rettifica**
  Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.
- **Diritto alla cancellazione**
  Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali qualora sussista uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, la non necessità dei Dati Personali rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il Consenso su cui si basa il Trattamento dei Suoi Dati Personali sia stato da Lei revocato e non sussista altro fondamento giuridico per il Trattamento. La informiamo che le Compagnie non potranno procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali qualora il Trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.
- **Diritto di limitazione di Trattamento**
  Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali Le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.
- **Diritto alla portabilità**
  Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul Consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà: - richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet); - trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società. Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto Titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo Titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.
- **Diritto di opposizione**
  Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione). Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'Interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.
- **Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali**
  Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali competente. Le modalità operative per effettuare il reclamo all'Autorità Garante sono dettagliatamente descritte sul sito internet: www.garanteprivacy.it

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

PAGINA BIANCA

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI
AD USO FACOLTATIVO

Spett. ONE UNDERWRITING srl
Via Ernesto Calindri, 6
20143 Milano
E-mail: sinistricnp@oneunderwriting.it

Il presente modulo è ad uso facoltativo ed è stato redatto al solo scopo di facilitare gli utenti del Servizio Clienti nella presentazione delle notifiche di sinistro. La notifica di sinistro potrà essere inoltrata alla Compagnia anche con comunicazione libera da parte degli interessati.

Io sottoscritto _____ in qualità di: _____

☐ Beneficiario
☐ Assicurato

presento la seguente denuncia di sinistro relativa alla

Polizza Collettiva n° _____ Proposta di Adesione n° _____

DATI DELL'ADERENTE

Cognome e Nome	C.F.	
Ragione Sociale*	P.IVA*	
Comune di Nascita	Prov.	Cap.
Comune di Residenza	Prov.	Cap.
Indirizzo		

*da compilare solo in caso di Aderente persona giuridica

DATI DELL'ASSICURATO (se non coincide con l'Aderente)

Cognome e Nome	C.F.	
Comune di Nascita	Prov.	Cap.
Comune di Residenza	Prov.	Cap.
Indirizzo		

ISTRUZIONI

› barrare la garanzia per la quale si richiede l'indennizzo, in relazione alle coperture assicurative contenute nel Pacchetto indicato nel Modulo di Proposta sottoscritto dall'Aderente;
› allegare i relativi documenti richiesti, di seguito elencati.

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

☐ **DECESSO**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

› Certificato di morte;
› Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
› Copia del Testamento qualora esistente e/o Atto notorio da cui risulti che l'Assicurato sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio (in caso di Aderente Persona Fisica);
› Copia del piano di ammortamento (in caso di Polizza abbinata ad un Finanziamento),
› Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda (in caso di Aderente persona giuridica).

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Qualora il decesso sia determinato da infortunio:
   › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
2) Qualora il decesso sia determinato da malattia:
   › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso;
   › Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause.
3) Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:
   › Copia della cartella clinica.

☐ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail;
- Copia del piano di ammortamento (in caso di Polizza abbinata ad un Finanziamento);
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda (in caso di Aderente persona giuridica).

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da infortunio:
   - Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   - Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   - Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
2) Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da malattia:
   - Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità totale permanente.

☐ **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;
- Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal dipendente di azienda privata;
- Copia dei certificati medici specialistici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione;
- Copia del piano di ammortamento (in caso di Polizza abbinata ad un Finanziamento);
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda (in caso di Aderente persona giuridica).

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da infortunio:
   - Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
   - Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
   - Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
   - Copia del certificato del pronto soccorso.
2) Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da malattia:
   - Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa all'inabilità totale temporanea.

☐ **PERDITA D'IMPIEGO**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Copia della lettera di licenziamento con indicato il motivo dello stesso;
- Copia del modello UNILAV di cessazione;
- Copia delle ultime due buste paghe e del contratto di assunzione;
- Copia del certificato di iscrizione al Centro per l'impiego;
- Scheda professionale e Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'impiego) o Modello C2 – storico.
- Copia del piano di ammortamento (in caso di Polizza abbinata ad un Finanziamento).

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

1) Nel caso di dimissioni per giusta causa:
   - Copia del pagamento dell'indennità di disoccupazione;
   - Copia della lettera di dimissioni.

Coordinate bancarie per l'eventuale accredito delle prestazioni qualora, a seguito della valutazione della documentazione ricevuta, il sinistro risultasse liquidabile.

Nome e Cognome/Ragione Sociale del Beneficiario

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data **L'Assicurato o il Beneficiario**

CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES
Via Arbe 49
20125 Milano

www.cnpitalia.it
info@cnpitalia.it
800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO	UFFICIO SINISTRI	UFFICIO RECLAMI	DPO
portafoglio@cnpitalia.it	sinistri@cnpitalia.it	reclami@cnpitalia.it reclami@cnpcaution.it	dpo@cnpitalia.it