



CNP DOPPIA

VITA: LA POLIZZA CHE UNISCE PROTEZIONE E CASHBACK

COPERTURA ASSICURATIVA VITA
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO ANNUO
(COLLETTIVA N. 020000256/JYTCMAGF01018)

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**

EDIZIONE: 07/2025

PAGINA BIANCA



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

CNP Doppia Vita è la POLIZZA pensata per la protezione del tuo tenore di vita e quello dei tuoi cari; viene stipulata direttamente dalla tua Banca 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 le coperture acquistate intervengono con il pagamento del capitale costante da te scelto, che potrà essere utilizzato per tutelare il tuo patrimonio. Nel caso in cui alla scadenza della polizza non sia stato aperto alcun sinistro per premorienza, le coperture intervengono con la corresponsione di una prestazione calcolata in percentuale sull'importo pagato a titolo di premio, al netto delle tasse.

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 AGGIUNTIVO VITA

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

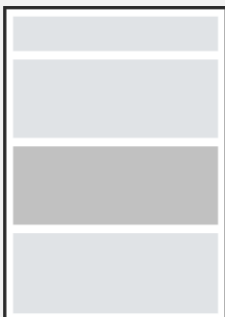
GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

CAPITOLO II – COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: 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 IL CONTRAENTE.

ASSICURAZIONE TCM A CAPITALE COSTANTE A PREMIO ANNUO

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

Compagnia: CNP Assurances S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: CNP DOPPIA VITA

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 alla garanzia Caso Vita, definita anche bonus a scadenza, è dedicata alle persone fisiche. Le coperture assicurano il pagamento del capitale assicurato in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato per qualunque causa e la corresponsione di una prestazione calcolata in percentuale sull'importo pagato a titolo di premio, al netto delle tasse in caso di sopravvivenza dell'Aderente/Assicurato a scadenza di polizza.



Che cosa è assicurato/quali sono le prestazioni?

- ✓ Decesso causato da infortunio o malattia, prima della scadenza del contratto;
- ✓ Caso Vita, definito anche bonus a scadenza, riconosciuto in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.

Nel rispetto dei massimali previsti:

- ✓ In caso di Decesso la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un importo pari al capitale assicurato scelto in fase di sottoscrizione;
- ✓ In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto, la Compagnia corrisponderà un importo, definito bonus a scadenza, calcolato nella misura pari al 70% dei premi annui pagati al netto delle tasse, dei costi di emissione e di eventuali costi di frazionamento.



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 65 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 75 anni a scadenza.
- ✗ che esercitano un'attività professionale pericolosa.



Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia limita le prestazioni:

- ! al capitale assicurato, con un massimo di € 1.000.000, in caso di decesso;
- ! al 70% dei premi annui pagati al netto delle tasse, dei costi di emissione e di eventuali costi di frazionamento, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se il decesso:

- ! (a seguito di malattia) avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (carenza);
- ! deriva da suicidio avvenuto nei termini previsti dalla legge o è sua conseguenza diretta o indiretta;
- ! deriva da dolo o colpa grave dell'Assicurato e/o del Beneficiario o è sua conseguenza diretta o indiretta;
- ! è occorso durante o in conseguenza dell'esercizio di attività sportive o lavorative considerate pericolose.



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?

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- All'atto di adesione alla Polizza, l'Aderente/Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario di valutazione delle sue richieste ed esigenze e 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;
- Gli 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 annuo, costante e anticipato con possibilità di frazionamento mensile o semestrale.

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

Il primo premio viene sempre addebitato sul c/c dell'Aderente/Assicurato al momento dell'emissione della lettera di conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta.

I premi successivi al primo devono essere corrisposti direttamente alla Compagnia mediante SDD (Sepa Direct Debit).

In caso di chiusura del conto corrente l'Aderente/Assicurato dovrà comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie (IBAN comprensivo di codice BIC) per l'addebito del premio da parte della Compagnia. Tale comunicazione potrà essere effettuata tramite il Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata delle coperture è pari a quella scelta dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'Aderente/Assicurato può scegliere tra una durata di 10, 15, 20, 25 ovvero 30 anni.

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 durata della copertura assicurativa è sempre pari alla durata del Contratto di Assicurazione.

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 mancato pagamento dei premi successivi al primo, trascorsi i 6 mesi dalla data di scadenza del premio non pagato;
- in caso di sopraggiunti limiti di età alla scadenza delle Garanzie;
- alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.

Non è prevista la possibilità di rinnovo a scadenza.



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 TCM A CAPITALE COSTANTE

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Prodotto: CNP DOPPIA VITA

Il presente DIP aggiuntivo Vita è aggiornato 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), 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 deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Società

CNP ASSURANCES S.A. appartenente 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. La sede secondaria, con cui è concluso il contratto, è in Via Arbe, 49, 20125, Milano.

CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00048 ed è ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento.

CNP Assurances S.A. è soggetta alla vigilanza prudenziale di ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – sito internet: www.banque-france.fr/acpr).

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale della Compagnia: CNP Assurances S.A.: Patrimonio Netto = 13 367 453 412.54 €; Risultato economico di periodo = 2 002 496 626.67€. Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 236%. 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 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: artigiani, 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 dalla sola copertura Decesso i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una attività professionale considerata pericolosa o di una delle seguenti attività sportive: Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo; Salti da trampolino con sci e idrosci; Sci nautico; Skiathlon; Bob (guidoslitte); 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".

LA COPERTURA DECESSO INOLTRE NON È OPERANTE 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;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- ! 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.viaggiareassicuri.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 o colpa grave 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;
- ! produzione e/o uso di esplosivi.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Se l'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'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 il tenore di vita proprio, della propria famiglia e/o di altri soggetti.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



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 frazionamento (su premio netto annuo)	Costi di intermediazione (provvigioni)
- 5% per le garanzie Decesso e Caso Vita	€50	- Mensile: interessi pari al 3,5% - Semestrale: interessi pari al 1,5%	il 18% 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.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE	I reclami riguardanti le garanzie Decesso e Caso Vita dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, all'Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, al seguente recapito: CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Arbe, 49 – 20125 Milano - reclami@cnpitalia.it La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
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 Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, 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; - 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 all'Impresa.
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 il bonus alla scadenza del caso vita sono soggette alla normativa fiscale pro tempore vigente. Le somme corrisposte in sostituzione di redditi costituiscono reddito della stessa categoria di quello sostituito. DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI: I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte 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).
---	--

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI.....	3
ART. 2	REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ)	3
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	3
ART. 4	ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI.....	3
ART. 5	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	4
ART. 6	CUMULO.....	4
ART. 7	COME POTERSI ASSICURARE.....	4
ART. 8	CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	4
ART. 9	PREMIO.....	4
ART. 10	DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	5
ART. 11	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	5
ART. 12	OBBLIGO DI ASTENSIONE	5
ART. 13	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	5
ART. 14	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (diritto di ripensamento).....	5
ART. 15	PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ.....	6
ART. 15.1	MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ	6
ART. 16	BENEFICIARI	6
ART. 17	DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE	7
ART. 18	DENUNCIA DEL SINISTRO	7
ART. 19	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	7
ART. 20	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	7
ART. 21	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	7
ART. 22	IMPOSTE E TASSE	7
ART. 23	CLAUSOLA LIBERATORIA	7
ART. 24	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	7

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

ART. 25	COPERTURA DECESSO.....	8
ART. 26	PRESTAZIONE CASO VITA – BONUS A SCADENZA	8
ART. 27	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	8

ESCLUSIONI

ART. 28	ESCLUSIONI	9
ART. 28.1	ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE	9
ART. 28.2	ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.....	9

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 29	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	11
ART. 30	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO.....	11
ART. 31	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	12
ART. 32	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	12

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



- › **Polizza Collettiva:** Il Contratto di Assicurazione stipulato tra il 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 richiesto all'Aderente/Assicurato quale corrispettivo per usufruire delle coperture assicurative.
- › **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

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 il bonus a scadenza in Caso Vita 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 correntista della Banca, definito anche come Aderente/Assicurato.
- › **Compagnia:** 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.
- › **Contraente:** BDM BANCA S.P.A. anche in nome e per conto di Cassa di Risparmio di Orvieto 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.
- › **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.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- › **Bonus a scadenza o Caso Vita:** prestazione corrisposta dalla Compagnia all'Aderente/Assicurato nel caso in cui alla scadenza della polizza non sia stato aperto alcun sinistro per premorienza, e siano stati pagati tutti i premi previsti dal Contratto di Assicurazione.
- › **Capitale assicurato:** Il capitale costante 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.
- › **Decesso:** La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- › **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 maleore o di incoscienza.
- › **Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

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

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 Vita:** Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- › **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, dal DIP Aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione, 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.
- › **Periodo di copertura:** il periodo di tempo in cui le coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio.

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

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dal Contraente con la Compagnia CNP Assurances S.A a favore dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.

AVVERTENZA: a norma dell'articolo 166, comma 2, del D. Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto o in altri colori contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico del 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, la Compagnia garantisce all'Aderente/Assicurato, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste e le coperture assicurative qui dettagliate:

PACCHETTO	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE	
Pacchetto A	Persone fisiche che non esercitano una delle attività professionali non assicurabili.	Età massima alla sottoscrizione: 65 anni compiuti Età massima alla scadenza del contratto: 75 anni compiuti	 DECESSO Da infortunio e malattia	 CASO VITA Bonus a scadenza in caso di sopravvivenza

L'adesione al Pacchetto A è subordinata al rispetto dei limiti di età alla sottoscrizione e a scadenza indicati nonché al positivo superamento della valutazione medica dell'Aderente/Assicurato da parte della Compagnia.

Le prestazioni e le singole coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo II, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo III 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 65 anni al momento della sottoscrizione e un'età non superiore a 75 anni a scadenza;
4. non svolgano una delle attività professionali pericolose non assicurabili riportate nell'elenco indicato all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI";
5. 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.

I requisiti di adesione e assicurabilità di cui ai numeri 1 e 4 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. 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; Fabbrikante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbrikante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbrikante 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.

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

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:

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

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. 14.

ART. 5 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Il capitale assicurato viene scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, e non può essere:

- > superiore ad € 1.000.000 per singolo Aderente/Assicurato;
- > inferiore a € 50.000 per singolo Aderente/Assicurato.

ART. 6 CUMULO

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.

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 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 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 59 compiuti	Questionario Medico Semplificato (QMS)
	Da 60 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo (QMC)
Da € 200.000,01 a € 300.000,00	Da 18 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo (QMC)
Da € 300.000,01 a € 1.000.000	Da 18 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo (QMC) + esami medici

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

In presenza di risposte affermativo 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 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.

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.

ART. 9 PREMIO

Il premio varia in funzione:

- > dell'età assicurativa dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- > della durata di polizza prescelta;
- > dell'importo del Capitale assicurato.

Il premio è annuo, costante e anticipato, con possibilità di frazionamento mensile (nel caso in cui il premio annuo sia almeno pari a € 480) o semestrale.

La Compagnia applica un costo di emissione pari ad € 50. In caso di scelta di frazionamento del premio, saranno applicati dalla Compagnia interessi di frazionamento pari al 3,5% se mensile, ovvero all'1,5% se semestrale. Tale interesse di frazionamento viene calcolato sul premio netto.

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



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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

Il primo premio viene sempre addebitato sul c/c dell'Aderente/Assicurato al momento dell'emissione della lettera di conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta. L'incasso di tale somma da parte del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

I premi successivi al primo verranno corrisposti direttamente alla Compagnia mediante SDD senza necessità di ulteriori comunicazioni preventive da parte della Compagnia.

Se il primo premio non viene pagato, il Contratto di Assicurazione e le coperture assicurative restano inefficaci.

AVVERTENZA: La Compagnia non invia all'Aderente/Assicurato alcun avviso di scadenza dei premi.

AVVERTENZA: In caso di chiusura del conto corrente l'Aderente/Assicurato dovrà comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie (IBAN comprensivo di codice BIC) per l'addebito del premio da parte della Compagnia. Tale comunicazione potrà essere effettuata tramite il Contraente.

Il mancato pagamento dei premi successivi al primo alla data di ricorrenza del pagamento comporta la sospensione del Contratto di Assicurazione dopo un periodo di tolleranza di 20 giorni. Il Contratto è risolto di diritto decorsi 6 mesi dalla prima scadenza non pagata, ai sensi degli artt. 1901 e 1924 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

La copertura assicurativa non ha efficacia durante il periodo di sospensione e pertanto, in caso di sinistro accaduto durante tale periodo, non viene riconosciuta alcuna prestazione da parte della Compagnia.

Entro il termine del periodo di sospensione, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di riattivare le coperture assicurative versando, in qualsiasi momento, i premi dovuti tramite bonifico bancario sul c/c della Compagnia. Per ottenere i riferimenti bancari utili al versamento corrispettivo dovuto, è possibile contattare la Compagnia ai seguenti recapiti:

Numero Verde 800 222 662

portafoglio@cnpitalia.it

In tal caso le coperture assicurative riprenderanno efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento dei premi insoluti. I sinistri verificatisi prima del pagamento dei premi insoluti non saranno indennizzati.

I premi già corrisposti dall'Aderente/Assicurato rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Al momento dell'adesione, l'Aderente/Assicurato può scegliere liberamente la durata del Contratto di Assicurazione tra le opzioni di seguito indicate:

- a) 10 anni
- b) 15 anni
- c) 20 anni
- d) 25 anni
- e) 30 anni

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 OBBLIGO DI ASTENSIONE

Qualora, preliminarmente all'emissione della polizza o in corso di contratto o in sede di liquidazione della prestazione assicurativa, l'Aderente/Assicurato o i Beneficiari non forniscano le informazioni utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di adeguata verifica della clientela (capo I D.lgs. 231/2007 e capo III Regolamento 44/2019 IVASS), la Compagnia, ai sensi e per gli effetti degli art. 42 D.lgs. 231/2007 e art. 42 Regolamento 44/2019 IVASS, si astiene dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione ovvero valuta la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile.

ART. 13 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine:

- > in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- > in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- > in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato;
- > in caso di mancato pagamento dei premi successivi al primo, trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza del premio non pagato;
- > in caso di superati limiti di età alla scadenza delle Garanzie;
- > alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nella Lettera di Conferma.

ART. 14 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

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



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.



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.

- > dandone comunicazione alla Compagnia tramite l'invio di lettera raccomandata A/R o 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:

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

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 € 50.

ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, almeno 1 dei seguenti 2 requisiti di adesione e assicurabilità venisse meno:

- > essere residente in Italia,
- > 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

1. La perdita del requisito di residenza in stato italiano determina la risoluzione del Contratto di Assicurazione; la Compagnia non interverrà 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.
2. L'inizio dello svolgimento di una delle attività professionali escluse, determina la risoluzione del Contratto di Assicurazione; la Compagnia non interverrà 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 all'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 BENEFICIARI

L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di designare liberamente il Beneficiario per la copertura assicurativa Decesso e può in qualsiasi momento, purché non risieda in stati soggetti ad embargo o restrizioni, 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

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

riservatezza, anche un referente terzo diverso dal Beneficiario a cui la compagnia può fare riferimento in caso di decesso.

AVVERTENZA: Si ricorda che le prestazioni non potranno essere erogate a favore di soggetti residenti in Stati sottoposti a misure restrittive (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sanzioni e/o embargo).

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 alla prestazione Caso Vita il bonus a scadenza sarà riconosciuto all'Aderente/Assicurato.

ART. 17 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 28 punti 4 e 5, la copertura assicurativa Decesso vale in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 18 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto dagli eredi o beneficiari designati dell'Assicurato. Per i dettagli si rimanda al Capitolo IV.

ART. 19 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 20 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per le coperture assicurative sulla vita (Decesso) e il Caso Vita, 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.

ART. 21 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 22 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. 23 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. 24 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

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. 28.1; b) in caso di esercizio di una delle attività lavorative pericolose indicate all'ART. 28.2.



DECESSO

ART. 25 COPERTURA DECESSO

Rischio assicurato

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

Indennizzo

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto nel caso di sinistro dovuto a malattia, in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un indennizzo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta.

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se la morte è conseguente ad una malattia: ciò significa che, in questo caso, qualora il decesso a seguito di malattia, avvenga entro 60 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
02/01/2025	30/01/2025	La Compagnia rifiuterà il sinistro e non corrisponderà alcun indennizzo, in quanto l'Assicurato è deceduto a seguito di malattia nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza.
02/01/2025	05/03/2025	La Compagnia liquida il sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto, in quanto l'Assicurato è deceduto dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 26 PRESTAZIONE CASO VITA – BONUS A SCADENZA

Prestazione alla scadenza di polizza

In caso di sopravvivenza dell'Aderente/Assicurato alla data di scadenza del contratto l'Impresa riconosce all'aderente/Assicurato stesso un bonus a scadenza calcolato nella misura pari al 70% dei premi annui costanti - al netto del costo di emissione (e degli eventuali interessi di frazionamento) corrisposti nel corso della durata contrattuale.

Per il riconoscimento della prestazione Caso Vita la condizione necessaria è che l'Aderente/Assicurato abbia corrisposto tutti i premi annui costanti previsti dal contratto e mantenuto i requisiti di adesione e assicurabilità, elencati all'art.2, per tutta la durata contrattuale. In caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità trova applicazione quanto previsto dall'art. 15.

Carenza

La prestazione Caso Vita, bonus a scadenza, non viene sottoposta a periodo di Carenza.

Liquidazione della prestazione alla scadenza di polizza

In caso di diritto alla prestazione per il Caso Vita, l'ammontare del bonus a scadenza verrà corrisposto sull'Iban utilizzato dall'Aderente/Assicurato per il pagamento dell'ultimo Premio entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta dalla Compagnia.

ART. 27 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	PRESTAZIONE	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA
Decesso	compreso tra min. €50.000 e max €1.000.000	==	==	60 giorni (solo per malattia)	==
Caso Vita bonus a scadenza	==	Calcolato nella misura pari al 70% dei premi annui costanti, al netto del costo di emissione (e degli eventuali interessi di frazionamento)	==	==	==

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

CAPITOLO III

ESCLUSIONI



ART. 28 ESCLUSIONI

La copertura Decesso del presente contratto non opera 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.viaggiasesicuri.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 o colpa grave 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. 28.1;
16. produzione e/o uso di esplosivi;
17. suicidio nei termini previsti dalla normativa vigente.



ART. 28.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

1. Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo, Salti da trampolino con sci e idrosci, 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. 28.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE

Ferma la non assicurabilità, ai sensi dell'art. 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;

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

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 IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 29 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro i termini di prescrizione.

Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti la copertura assicurativa Decesso devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:

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

Gli aventi causa devono altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione della prestazione prevista 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. 30 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;
- › Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

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.
- 3) Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:
 - › Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause o copia della cartella clinica.

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.

Ove i Beneficiari non forniscano le informazioni utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di adeguata verifica (capo I D.lgs. 231/2007 e capo III Regolamento 44/2019 IVASS), la stessa, ai sensi e per gli effetti degli art. 42 D.lgs 231/2007 e art. 42 Regolamento 44/2019 IVASS, si astiene dall'eseguire l'operazione e valuta la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile.

AVVERTENZA: Gli aventi causa devono consentire alla Compagnia di effettuare le valutazioni del caso.

Gli aventi causa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a:

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

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

ART. 31 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 32 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Dopo la denuncia di un sinistro per l'evento coperto 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: 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 sospendere 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 <i>contraente</i> , relative a circostanze tali che l' <i>assicuratore</i> 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 <i>contraente</i> 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 <i>contraente</i> 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 <i>premio</i> convenuto per il primo anno. Se il <i>sinistro</i> 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 <i>contraente</i> 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' <i>assicurato</i> nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il <i>sinistro</i> 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 <i>premio</i> 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 <i>rischio</i> , 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 <i>contraente</i> non paga il <i>premio</i> o la prima rata di <i>premio</i> stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il <i>contraente</i> paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il <i>contraente</i> non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
-----------	---

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

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto 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'assicuratore 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'assicuratore 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 risolto 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.

Astenzione (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 incriminatrice (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° 020000256/JYTCMAGF01018 <CNP Doppia Vita: La Polizza che Unisce Protezione e Cashback >

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 RELATIVI ALLE COPERTURE ASSICURATIVE SCELTE E AL CAPITALE ASSICURATO

COPERTURA ASSICURATIVA	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO A	 ☐ DECESSO da infortunio e malattia

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

CAPITALE ASSICURATO DECESSO	€
PRESTAZIONE CASO VITA, bonus a scadenza	€
DURATA DELLA POLIZZA (ANNI)	☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30

C. DATI RELATIVI AL PREMIO

PREMIO ANNUO LORDO*	€	di cui imposte	€
Costi complessivi**	€	di cui importo percepito dalla rete di distribuzione	€

**già compresi nel premio lordo

PERIODICITÀ DI PAGAMENTO

1° PAGAMENTO*	€	PAGAMENTI SUCCESSIVI	€	di cui interessi di frazionamento	€
---------------	---	----------------------	---	-----------------------------------	---

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

AVVERTENZA: La Compagnia, in caso di accettazione della proposta, provvederà ad addebitare il premio relativo alle coperture assicurative indicate all'interno della Lettera di Conferma.

D. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

PRENDE ATTO

- La documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano 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 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;

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

- che in caso di sopravvivenza alla scadenza del contratto è prevista una prestazione per il Caso Vita, definita anche bonus a scadenza, corrispondente ad una somma calcolata nella misura pari al 70% dei premi versati al netto delle tasse, delle spese di emissione e degli eventuali costi di frazionamento;
- 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;
- 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 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; Fabbrikante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbrikante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbrikante 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;
- 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.

E. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Aderente/Assicurato autorizza l'Istituto Contraente ad addebitare il premio sul proprio conto corrente, prendendo atto che la somma trattenuta equivale al pagamento del premio direttamente a favore di CNP, che a tal fine conferisce all'Istituto Contraente apposito mandato all'incasso.

IBAN del Titolare del Conto Corrente

F. 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 _____

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

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

G.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)

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente/Assicurato dichiara:

- di aver RICEVUTO in tempo utile prima della sottoscrizione e LETTO il Set Informativo contenente DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, 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

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 OBBLIGO DI ASTENSIONE, ART. 13 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 23 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 25 COPERTURA DECESSO, ART. 28 ESCLUSIONI, ART. 28.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 28.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data

Firma Aderente/Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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: gestione del rapporto contrattuale (Polizza assicurativa) e dei conseguenti adempimenti anche normativi;

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

MANDATO SEPA DIRECT DEBIT CORE

RIFERIMENTO MANDATO (codice assegnato da CNP Assurances SA):

Cognome e nome/Ragione Sociale del debitore

Indirizzo

CAP

Località

Provincia

Paese

Codice Fiscale/Partita IVA

IBAN del titolare del c/c

Cognome e nome/Ragione Sociale del creditore

CNP Assurances SA – Rappresentanza Generale per l'Italia

Codice identificativo del Creditore (Creditor Identifier)

IT680010000004341440966

Sede Legale

Via Arbe, 49

CAP

20125

Località

Milano

Provincia

MI

Paese

Italia

Il sottoscritto Debitore autorizza:

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

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

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

Luogo e Data

Firma dell'Intestatario/Debitore



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., Compagnia Assicurativa operante in Italia in regime di stabilimento, con sede legale in via Arbe n.49, 20125 Milano, in qualità di Titolare del Trattamento (di seguito anche la **"Compagnia"**, la **"Società"**) tratta 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

CNP ASSURANCES S.A. ha 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 FINALITÀ 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, la Compagnia potrebbe 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 terzi¹ (in quest'ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e saranno trattati dalla Compagnia 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 la Compagnia tratta 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

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

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.

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 della Compagnia 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 la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

1. **Società controllate e collegate al 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 consorziali 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

La Compagnia, 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, la Compagnia non potrà 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 – 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, la Compagnia potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

La Compagnia si riserva 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.

La Compagnia risponderà 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.

La Compagnia La informerà di tale proroga e dei motivi del ritardo entro un mese dal ricevimento della richiesta.

Con riferimento ai Dati trattati, La Compagnia Le riconosce 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 la Compagnia non potrà 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 LA SOCIETÀ TRATTERÀ I DATI PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE QUI SPECIFICATE.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI AD USO FACOLTATIVO

Spett. CNP Assurances S.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Arbe, 49
20125 Milano
E-mail: sinistri@cnpitalia.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:



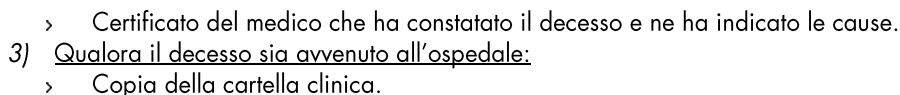
☐ DECESSO

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);
- › Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

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;



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);
- > Questionario di adeguata verifica ai sensi del D.lgs 231/2007 e s.m.i. "Identificazione beneficiario".

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 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.



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 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.



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

[illegible]

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

portafoglio@cnpitalia.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri@cnpitalia.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

