



ELMO ATHENA

COPERTURA ASSICURATIVA DANNI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO ANNUO
(COLLETTIVA N. 020000257/JVINFAGF01059)

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 ADESIONE**

**POLIZZA FACOLTATIVA E NON CONNESSA
AD ALCUN FINANZIAMENTO**

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 07/2025

PAGINA BIANCA



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Elmo Athena è la Polizza pensata per la tua protezione e quella dei tuoi cari; viene stipulata direttamente dal tuo Intermediario in qualità di Contraente al fine di consentire ai propri Clienti che decidono di aderirvi, di beneficiare delle Coperture assicurative in essa previste.

In qualità di conducente di un Veicolo, le coperture ti tutelano in caso di infortunio verificatosi durante la guida, o dalle operazioni necessarie da effettuare in caso di arresto del Veicolo stesso o per la ripresa della marcia.

Le coperture acquistate intervengono in caso di infortunio del conducente che generi premorienza con il pagamento del capitale assicurato scelto, che potrà essere utilizzato per il sostentamento dei beneficiari, mentre in caso di invalidità totale permanente offrono un supporto economico calibrato sulla gravità delle conseguenze fisiche subite. Inoltre, le coperture intervengono con il pagamento di un indennizzo per il rimborso delle spese mediche sostenute per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

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 di 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 dei 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



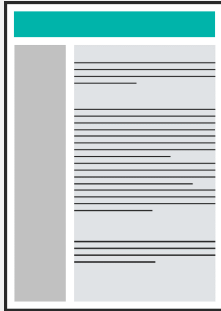
DIP DANNI

Documento Informativo Precontrattuale
dei contratti di assicurazione danni



DIP AGGIUNTIVO DANNI

Documento Informativo Precontrattuale
dei contratti di assicurazione danni



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

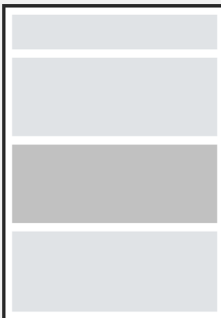
GLOSSARIO

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: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

ALLEGATO 2: RIFERIMENTI NORMATIVI

FAC SIMILE – MODULO DI ADESIONE

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

**LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (SET INFORMATIVO) E CONTRATTUALE (MODULO DI ADESIONE),
VERRANNO CONSEGNATE ALL'ADERENTE/ASSICURATO,
COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E IL CONTRAENTE.**

ASSICURAZIONE INFORTUNI DEL CONDUCENTE



DIP - documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Prodotto: Elmo Athena

Impresa di Assicurazione di diritto francese, autorizzata all'esercizio in regime di stabilimento in Italia con iscrizione al numero I.00048

Il presente DIP Danni è aggiornato a Luglio 2025

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente Polizza Collettiva è dedicata alle persone fisiche, conducenti un veicolo, a copertura degli infortuni subiti durante la guida e le operazioni necessarie alla ripresa della marcia. Le garanzie assicurano il pagamento del capitale assicurato oppure il rimborso delle spese mediche nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca l'Aderente/Assicurato.



Che cosa è assicurato?

Le garanzie previste dalla Polizza sono:

- ✓ Decesso da infortunio,
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio,
- ✓ Rimborso Spese Mediche da infortunio.

Sono assicurati solo gli Infortuni accaduti durante:

- 1) la guida del Veicolo in aree pubbliche o private;
- 2) le operazioni a terra necessarie alla ripresa della marcia del Veicolo, a seguito di arresto o avaria del Veicolo stesso.

L'Infortunio è coperto solo se si è verificato come conseguenza di guida/operazioni a terra di un Veicolo appartenente alla/e medesima/e categoria/e indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Il Cliente può scegliere di acquistare uno dei seguenti pacchetti:

PACCHETTO A

Riservato ai conducenti in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico fino a 60 quintali.

PACCHETTO B

Riservato ai conducenti in possesso di patente di guida valida per autocarri con massa complessiva a pieno carico superiore a 60 quintali.

PACCHETTO C

Riservato ai conducenti in possesso di patente di guida valida per motoveicoli con cilindrata pari o superiore a 125 cc.

Nel rispetto dei massimali previsti:

- ✓ In caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario il **capitale assicurato**;
- ✓ In caso di **Rimborso Spese Mediche** la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un rimborso pari alle spese mediche sostenute per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.



Che cosa NON è assicurato?

Non possono sottoscrivere la Polizza le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- ✗ non siano in possesso di patente di guida valida per il pacchetto scelto;
- ✗ siano residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ abbiano età inferiore a **18 anni** o superiore a **79 anni**;
- ✗ abbiano età superiore a **80 anni** compiuti a scadenza.



Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia limita le prestazioni:

- ! al capitale assicurato scelto in fase di adesione, compreso tra un minimo di **30.000 €** e un massimo di:
 - **€ 250.000** in caso di Decesso da Infortunio o Invalidità Totale Permanente da Infortunio (per i pacchetti A e B);
 - **€ 100.000** in caso di Decesso da Infortunio o Invalidità Totale Permanente da Infortunio (per il pacchetto C);
- ! al rimborso massimo di **€ 5.000** per Sinistro e per ogni anno assicurativo, per le spese mediche da Infortunio.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! il grado di Invalidità Totale Permanente accertata è **pari o inferiore al 5%** come in tabelle INAIL (Franchigia assoluta);
 - ! l'ammontare delle spese mediche sostenute è **pari o inferiore a €100** (Franchigia assoluta);
 - ! l'Aderente/Assicurato non sia abilitato alla guida ai sensi delle disposizioni di legge vigenti al momento di accadimento del Sinistro;
 - ! La corresponsione della prestazione comporta la violazione di misure restrittive, quali sanzioni o embarghi, adottate dalla Repubblica Italiana e altri Paesi o Organismi Sovranazionali.
- Le coperture non sono operanti in caso Infortuni causati da/verificatisi:

- ! reati dolosi, delitti dolosi o fatti illeciti commessi o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- ! ernie, infarto e ictus di ogni tipo e da qualsiasi causa determinati;
- ! in stato di malore o di incoscienza causato da infermità o malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- ! eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, vandalismo, occupazioni militari, invasioni;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche

(fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);

- ! arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- ! eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- ! suicidio o tentato suicidio.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuo, costante e anticipato.

Il premio è calcolato in funzione degli importi assicurati, della durata scelta e del pacchetto sottoscritto ed è comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dal Contraente a titolo di remunerazione per l'attività di distribuzione svolta.

Se il Contratto di Assicurazione ha una durata pari o superiore a 24 mesi, la Compagnia applica uno sconto sul Premio come da seguente tabella.

Durata polizza		2 anni	3 anni	4 anni	5 anni
Sconto sul Premio annuale di riferimento	Pacchetto A	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%
	Pacchetto B	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%
	Pacchetto C	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%

Il premio corrisposto è inclusivo delle imposte nella misura del 2,50%. Il pagamento del Premio da parte dell'Aderente/Assicurato viene effettuato direttamente al Distributore, in forza della delega all'incasso ricevuta dalla Compagnia, con i seguenti metodi: Carta di Credito, Carta di Debito, Bonifico Bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha una durata pari a quella scelta dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. L'Aderente/Assicurato può scegliere tra una durata di 1, 2, 3, 4 oppure 5 anni nel rispetto del limite di età alla scadenza.

Il Contratto di Assicurazione si conclude con la sottoscrizione del Modulo di Adesione e con il pagamento del premio da parte dell'Aderente/Assicurato. L'efficacia delle Coperture assicurative è subordinata all'esito positivo delle verifiche effettuate dalla Compagnia.

La copertura termina:

- > in caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- > in caso di mancato pagamento dei premi, trascorsi i 6 mesi dalla data di scadenza del premio non pagato (premio annuo e premio di rinnovo);
- > in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- > in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato;
- > in caso di liquidazione del 100% del capitale per Invalidità Totale Permanente dell'Aderente/Assicurato;
- > alla data di scadenza della Copertura assicurativa riportata nel Modulo di Adesione;
- > in caso di revoca della patente.



Come posso disdire la polizza?

Il Contratto di Assicurazione non prevede disdetta e si estingue alla data di scadenza indicata nel Modulo di Adesione.

Se il Contratto di Assicurazione ha una durata pari o superiore a 24 mesi, la Compagnia applica uno sconto sul Premio massimo pari Assicurazione al 2,26%.

A fronte di tale sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., l'Aderente è vincolato fino alla scadenza indicata nel Modulo di Adesione, fermo il diritto di recesso entro i 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative.

ASSICURAZIONE INFORTUNI DEL CONDUCENTE A PREMIO ANNUO

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)



Prodotto: Elmo Athena

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

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa. L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

CNP ASSURANCES S.A., 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. Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via Arbe, 49; 20125; Milano, Italia. CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00048. La Compagnia è ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento ed 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 è assicurato?

✓ Copertura in caso di Decesso da Infortunio

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio (derivante dalla guida di un veicolo, o dalle operazioni necessarie da effettuare in caso di arresto del veicolo stesso o per la ripresa della marcia) avvenga nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un Indennizzo pari al Capitale assicurato scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

✓ Copertura in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio

Nel caso in cui, entro 2 anni dall'infortunio verificatosi durante il periodo contrattuale, all'Aderente/Assicurato venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente di grado superiore al 5% (Tabelle INAIL), la garanzia prevede un Indennizzo calcolato sul capitale assicurato, scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, in base al grado percentuale di Invalidità Totale Permanente accertato eccedente il 5%.

✓ Copertura Rimborso Spese Mediche da Infortunio

La garanzia Rimborso Spese Mediche opera per le spese sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile, al netto della Franchigia e fino alla concorrenza della somma massimale assicurata per Sinistro e per anno assicurativo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non è considerato infortunio qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.



Ci sono limiti di copertura?

! Le garanzie sono prestate a condizione che l'Aderente/Assicurato risulti in possesso, al momento dell'Infortunio, della patente di guida valida per il pacchetto scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, e che il Veicolo venga usato secondo le disposizioni previste dal codice della strada e delle eventuali specifiche norme del Veicolo stesso.

! La garanzia Invalidità Totale Permanente riconosce l'Indennizzo:

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

a) a condizione che i postumi di Invalidità Totale Permanente si siano stabilizzati entro 2 (due) anni dal giorno dell'Infortunio, ancorché successivamente alla scadenza dell'Assicurazione.

Nel caso in cui, trascorsi 2 (due) anni dall'Infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, in ogni caso verrà espressa la valutazione – che deve intendersi definitiva ai sensi del Contratto di Assicurazione – in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

b) al netto della Franchigia assoluta pari al 5% e con un supporto economico calibrato sulla percentuale di Invalidità Totale Permanente.

La Compagnia non corrisponde alcun Indennizzo quando il grado di Invalidità Totale Permanente accertata è pari o inferiore al 5%. Se il grado di Invalidità Totale Permanente accertata è superiore al 5%, l'Indennizzo da corrispondere viene calcolato sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 5%. La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

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

Le Coperture assicurative non sono operanti in caso Infortuni causati da/verificatisi:

- ! ebbrezza alcolica, o intossicazione acuta alcolica, dell'Aderente/Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico e solo nei casi relativi a farmaci che siano compatibili con la guida di un veicolo);
- ! atti di pura temerarietà dell'Aderente/Assicurato;
- ! guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione (tranne i corsi di guida sicura), partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli a motore (comprese moto d'acqua e guidoslitte) da chiunque organizzate;
- ! eventi il cui accadimento non rientri nel Periodo di copertura del presente Contratto di Assicurazione;
- ! applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio verificatosi nel corso del Periodo di copertura;
- ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- ! rifiuto di seguire prescrizioni mediche o imperizia medica (la terminologia si riferisce alla situazione in cui un conducente, pur avendo capacità di guida, è stato coinvolto in un incidente a causa di una condizione medica non trattata o non diagnosticata che influisce sulla sua capacità di guidare in sicurezza);
- ! protesi dentarie;
- ! durante il carico e lo scarico di beni e/o merci dal veicolo;
- ! durante lo svolgimento delle seguenti professioni: artista controfigura; Stuntman; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Collaudatore di veicoli, motoveicoli;
- ! guida un veicolo con equipaggiamento mancante o non omologato;
- ! mancata osservanza delle prescrizioni del codice della strada come ad esempio: la mancanza delle cinture di sicurezza o casco oppure eccesso di velocità ecc...
- ! Infortunio occorso all'Assicurato a seguito della guida e/o di operazioni a terra di un Veicolo appartenente ad una categoria diversa da quella espressamente indicata nel pacchetto scelto al momento dell'adesione.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche in possesso dei requisiti di assicurabilità e che abbiano la necessità di tutelarsi in qualità di conducenti da eventi negativi che possono mettere a rischio il tenore di vita proprio, della propria famiglia e/o di altri soggetti.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio versato:

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	Costi di emissione	Costi di intermediazione (provvigioni)
15% per le garanzie Decesso, ITP e Rimborso Spese Mediche	Non presenti	il 50% 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	<p>I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Arbe, 49 – 20125 Milano - reclami@cnpitalia.it</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal giorno di ricevimento del reclamo.</p>
ALL'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;">IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it</p>

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

MEDIAZIONE	Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://www.ec.europa.eu/fin-net). L'Assicurato potrà presentare reclamo al <i>Médiateur de l'Assurance</i> (TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09) e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org .

REGIME FISCALE

TRATTAMENTO FISCALE APPLICABILE AL CONTRATTO	<p>TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI - Le somme corrisposte per il caso di Decesso, Invalidità Totale Permanente, Rimborso Spese Mediche non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.</p> <p>DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI - I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente da infortunio superiore al 5%, danno diritto ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito IRPEF dichiarato dall'Aderente/Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Tale detrazione si intende maggiorata relativamente ai premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge”).</p>
---	--

PAGINA BIANCA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI.....	4
ART. 2	REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ)	4
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	4
ART. 4	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	5
ART. 5	CUMULO.....	5
ART. 6	COME POTERSI ASSICURARE.....	6
ART. 7	CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	6
ART. 8	PREMIO.....	6
ART. 8.1	SOSPENSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI	7
ART. 9	DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	7
ART. 9.1	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	7
ART. 10	OBBLIGO DI ASTENSIONE E CLAUSOLA SANCTION	7
ART. 11	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	8
ART. 12	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO).....	8
ART. 13	PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ.....	8
ART. 13.1	MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ	9
ART. 14	BENEFICIARI	9
ART. 15	DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE	9
ART. 16	DENUNCIA DEL SINISTRO	9
ART. 17	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	9
ART. 18	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	9
ART. 19	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	9
ART. 20	IMPOSTE E TASSE	9
ART. 21	CLAUSOLA LIBERATORIA	10
ART. 22	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	10
ART. 23	RECLAMI	10

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

ART. 24	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO.....	11
ART. 25	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	11
ART. 26	COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	12
ART. 27	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	13

ESCLUSIONI

ART. 28	ESCLUSIONI	14
---------	------------------	----

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 29	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	15
ART. 30	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO.....	15
ART. 31	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	16
ART. 32	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	16

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 un significato specifico.

IMPORTANTI



- › **Polizza Collettiva:** L'Accordo 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.
- › **Premio:** L'importo richiesto all'Aderente/Assicurato quale corrispettivo per usufruire delle Coperture assicurative.
- › **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale sono prestate le Coperture assicurative.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- › **Capitale assicurato:** Il capitale costante scelto dall'Aderente/Assicurato e indicato nel Modulo di Adesione.
- › **Coperture assicurative:** Le garanzie prestate dalla Compagnia, contenute nelle Condizioni di Assicurazione e nella Polizza Collettiva, che prevedono il pagamento di un Indennizzo al verificarsi del Sinistro.
- › **Decesso:** La morte dell'Assicurato causata da Infortunio.
- › **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'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di freddo, i colpi di sole o di calore. Non è considerato infortunio qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.
- › **Invalidità Totale Permanente (ITP):** La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia superiore al 5%. L'invalidità deve essere stata causata da una lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Il grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute.

Qualora l'evento invalidante si verifichi quando l'Assicurato è già in quiescenza, e pertanto il criterio di riconoscimento dell'invalidità permanente non può essere applicato in riferimento alle capacità lavorative, si utilizza il criterio di "perdita di autosufficienza" definito come segue. L'Assicurato è riconosciuto colpito da Invalidità Totale Permanente nel caso in cui risulti incapace di svolgere almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana in maniera totale e permanente, e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
- vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
- andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi);
- spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
- continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

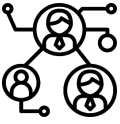
LIMITAZIONI



- › **Carenza:** Il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di decorrenza delle Coperture assicurative durante il quale le stesse 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 del Modulo di Adesione.
- › **Franchigia assoluta:** L'importo fisso o la percentuale di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta totalmente a carico dell'Aderente/Assicurato.
- › **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

SOGGETTI



- › **Aderente/Assicurato:** La persona fisica residente in Italia, che aderisce alla Polizza Collettiva in qualità di cliente del Contraente, conducente di un veicolo, che sottoscrive il Modulo di Adesione, paga il Premio e coincide con il soggetto il cui interesse è protetto dal Contratto di Assicurazione.
- › **Beneficiario:** Il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. Per le garanzie Invalidità Totale Permanente e Rimborso Spese Mediche, il Beneficiario coincide con l'Aderente/Assicurato.
Per la garanzia Decesso il Beneficiario è l'erede testamentario o legittimo oppure un diverso soggetto eventualmente designato dall'Aderente/Assicurato in una fase successiva all'adesione alla Polizza Collettiva.
- › **Cliente:** Coincide con l'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:** Area Brokers Industria S.p.A.; il Contraente viene definito anche come "Intermediario" o "Distributore".
- › **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.
- › **Veicolo:** il veicolo di qualsiasi marca e modello, nuovo o usato, appartenente ad una delle categorie di seguito elencate, e per cui l'Aderente/Assicurato sia in possesso di idonea e valida patente di guida:
 - a. In caso di sottoscrizione del pacchetto A, per veicolo si intende l'autovettura e/o l'autocarro con massa complessiva a pieno carico fino a 60 q.li, che siano inoltre: destinati al trasporto di persone e/o cose; regolarmente assicurati per la copertura RCA obbligatoria; in regola con le disposizioni in materia di sicurezza del veicolo (es. revisione periodica).
 - b. In caso di sottoscrizione del pacchetto B, per veicolo si intende l'autocarro con massa complessiva a pieno carico superiore a 60 q.li che sia inoltre: regolarmente assicurato per la copertura RCA obbligatoria; in regola con le disposizioni in materia di sicurezza del veicolo (es. revisione periodica).
 - c. In caso di sottoscrizione del pacchetto C, per veicolo si intende il motoveicolo con cilindrata pari o superiore a 125 cc che sia inoltre: regolarmente assicurati per la copertura RCA obbligatoria; in regola con le disposizioni in materia di sicurezza del veicolo (es. revisione periodica).

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 Danni:** Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni.
- › **DIP Danni:** Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni.
- › **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 Adesione:** È il documento sottoscritto dall'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 Danni, dal DIP Aggiuntivo Danni, dalle Condizioni di Assicurazione, dall'Allegato 1 "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL", dall'Allegato 2 "Riferimenti Normativi", dal Fac-simile del Modulo di Adesione, dall'Informativa sul trattamento dei dati personali e dal Modulo di Denuncia sinistri.

FASI DEL CONTRATTO



- › **Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento:** Il momento in cui viene sottoscritto il Modulo di Adesione e pagato il Premio da parte dell'Aderente/Assicurato.
- › **Data di decorrenza delle Coperture assicurative:** Il termine dal quale le Coperture assicurative possono essere attivate, che coincide con le ore 24:00 della data riportata nel Modulo di Adesione.
- › **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 di Assicurazione e delle Coperture assicurative:** il termine dal quale il Contratto di Assicurazione e le Coperture assicurative prendono efficacia e che coincide con l'esito positivo delle verifiche effettuate dalla Compagnia, di cui agli ARTT. 5, 6 e 10.
- › **Periodo di copertura:** il periodo di tempo in cui le Coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio. Per esempio, nel caso di premio annuo con frazionamento di premio semestrale, il periodo coincide con il semestre per cui è stato pagato il 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 alla Polizza Collettiva e del pagamento del Premio, la Compagnia garantisce all'Aderente/Assicurato, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle Coperture assicurative relative al pacchetto assicurativo scelto.

Si illustrano qui di seguito i pacchetti assicurativi che possono essere acquistati:

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto A	Personе fisiche conducenti in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico fino a 60 q.li	 DECESSO Da infortunio	 ITP da infortunio	 RIMBORSO SPESE MEDICHE Da Infortunio
Pacchetto B	Personе fisiche conducenti in possesso di patente di guida valida per autocarri con massa complessiva a pieno carico superiore a 60 q.li	 DECESSO Da infortunio	 ITP da infortunio	 RIMBORSO SPESE MEDICHE Da Infortunio
Pacchetto C	Personе fisiche conducenti in possesso di patente di guida valida per motoveicoli con cilindrata pari o superiore a 125 cc	 DECESSO Da infortunio	 ITP da infortunio	 RIMBORSO SPESE MEDICHE Da Infortunio

Le prestazioni relative alle 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 Adesione:

- 1) siano residenti in Italia;
- 2) abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 79 compiuti;
- 3) abbiano un'età non superiore a 80 anni compiuti a scadenza;
- 4) risultino in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico fino a 60 q.li (per il pacchetto A);
- 5) risultino in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico superiore a 60 q.li (per il pacchetto B);
- 6) risultino in possesso di patente di guida valida per motoveicoli con cilindrata pari o superiore a 125 cc (per il pacchetto C).

I requisiti indicati nei punti 1), 4), 5), 6) che precedono, devono altresì essere rispettati per tutta la durata contrattuale.

Nel caso di perdita dei requisiti trova applicazione quanto previsto l'ART. 13.

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.



COPERTURE
ASSICURATIVE



DECESSO



INVALIDITÀ
TOTALE
PERMANENTE
(ITP)



RIMBORSO
SPESE
MEDICHE

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

ART. 4 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, a seconda del pacchetto selezionato, l'Aderente/Assicurato può scegliere l'importo del Capitale assicurato costante per le coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente tra le opzioni indicate nella tabella che segue.

Il Massimale per la copertura Rimborso Spese Mediche da infortunio è fisso e pari a 5.000€ per Sinistro e per anno assicurativo.

PACCHETTO:	OPZIONI	CAPITALE COSTANTE ASSICURATO In caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente	MASSIMALE RIMBORSO SPESE MEDICHE
PACCHETTO A:	OPZIONE 1	€ 30.000	€ 5.000
	OPZIONE 2	€ 40.000	€ 5.000
	OPZIONE 3	€ 50.000	€ 5.000
	OPZIONE 4	€ 60.000	€ 5.000
	OPZIONE 5	€ 70.000	€ 5.000
	OPZIONE 6	€ 80.000	€ 5.000
	OPZIONE 7	€ 90.000	€ 5.000
	OPZIONE 8	€ 100.000	€ 5.000
	OPZIONE 9	€ 120.000	€ 5.000
	OPZIONE 10	€ 150.000	€ 5.000
	OPZIONE 11	€ 200.000	€ 5.000
	OPZIONE 12	€ 250.000	€ 5.000
PACCHETTO B:	OPZIONE 1	€ 30.000	€ 5.000
	OPZIONE 2	€ 40.000	€ 5.000
	OPZIONE 3	€ 50.000	€ 5.000
	OPZIONE 4	€ 60.000	€ 5.000
	OPZIONE 5	€ 70.000	€ 5.000
	OPZIONE 6	€ 80.000	€ 5.000
	OPZIONE 7	€ 90.000	€ 5.000
	OPZIONE 8	€ 100.000	€ 5.000
	OPZIONE 9	€ 120.000	€ 5.000
	OPZIONE 10	€ 150.000	€ 5.000
	OPZIONE 11	€ 250.000	€ 5.000
PACCHETTO C:	OPZIONE 1	€ 30.000	€ 5.000
	OPZIONE 2	€ 40.000	€ 5.000
	OPZIONE 3	€ 50.000	€ 5.000
	OPZIONE 4	€ 60.000	€ 5.000
	OPZIONE 5	€ 70.000	€ 5.000
	OPZIONE 6	€ 80.000	€ 5.000
	OPZIONE 7	€ 90.000	€ 5.000
	OPZIONE 8	€ 100.000	€ 5.000



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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

ART. 5 CUMULO

Prima dell'accoglimento della richiesta di adesione, la Compagnia verificherà la presenza di eventuali ulteriori capitali assicurati per il rischio morte e Invalidità Totale Permanente, per Aderente/Assicurato, presso la Compagnia medesima. Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 250.000 per Aderente/Assicurato, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere accertamenti sanitari per stabilire se accettare il rischio o rifiutare la richiesta di adesione. In caso di rifiuto, la Compagnia avrà la facoltà di non accettare il rischio, rifiutando la richiesta di adesione.

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

Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 500.000 per Aderente/Assicurato, la Compagnia avrà facoltà di non accettare il rischio, rifiutando la richiesta di adesione.

ART. 6 COME POTERSI ASSICURARE

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione. L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel modulo stesso. All'Aderente/Assicurato non saranno richiesti accertamenti sanitari da parte della Compagnia in fase di sottoscrizione del Contratto di Assicurazione salvo in caso di cumulo di capitale come indicato nella sottostante tabella:

CAPITALE ASSICURATO*	ETÀ ADERENTE/ASSICURATO	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 250.000,00	Da 18 anni compiuti a 79 anni compiuti	Nessun Questionario Medico
da € 250.000,01 fino a € 500.000	Da 18 anni compiuti a 79 compiuti	La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere accertamenti sanitari per stabilire se accettare il rischio o rifiutare la richiesta di adesione

* Il capitale assicurato considera la presenza di capitale sotto rischio preesistente con la Compagnia (cumulo).

AVVERTENZA: Resta inteso che la Compagnia si riserva sempre la facoltà di accettare o meno la richiesta di adesione a proprio insindacabile giudizio.

ART. 7 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Contratto di Assicurazione si conclude con la sottoscrizione del Modulo di Adesione e con il pagamento del Premio da parte dell'Aderente/Assicurato.

L'efficacia delle Coperture assicurative è subordinata all'esito positivo delle verifiche effettuate dalla Compagnia, di cui agli artt. 5, 6 e 10. Ferma la natura sospensiva della presente previsione, in caso di esito positivo dei suddetti controlli, le Coperture assicurative si intenderanno operanti retroattivamente a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza così come indicato nel Modulo di Adesione.

Il Modulo di Adesione ha validità 30 giorni dalla sottoscrizione; pertanto, qualora il Premio non venisse pagato entro la scadenza del Modulo di Adesione, le Coperture assicurative non saranno efficaci.

In caso la Compagnia rifiuti la richiesta di adesione, provvederà a fornire apposita comunicazione all'Aderente/Assicurato.

ART. 8 PREMIO

Il Premio varia in funzione:

- > del pacchetto sottoscritto;
- > della durata scelta;
- > dell'ammontare degli importi assicurati.

Il Premio è annuo, costante e anticipato.

Se il Contratto di Assicurazione ha una durata pari o superiore a 24 mesi, la Compagnia applica uno sconto sul Premio come da seguente tabella:

Durata polizza		2 anni	3 anni	4 anni	5 anni
Sconto sul Premio annuale di riferimento	Pacchetto A	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%
	Pacchetto B	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%
	Pacchetto C	1,42%	1,89%	2,12%	2,26%

Pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 c.c., a fronte di tale sconto l'Aderente è vincolato fino alla scadenza indicata nel Modulo di Adesione.

Il Premio è comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alle coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente, Rimborso Spese Mediche.

La Compagnia non applica alcun costo di emissione.

Il pagamento del primo premio da parte dall'Aderente viene effettuato direttamente al Distributore al momento dell'emissione della Modulo di Adesione con i seguenti metodi:

- Carta di Credito,
- Carta di Debito,
- Bonifico Bancario.

L'incasso di tale somma da parte del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia in forza della delega all'incasso ricevuta dal Distributore.

Se il primo premio non viene pagato entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, il Contratto di Assicurazione e le Coperture assicurative restano inefficaci.

I premi successivi al primo verranno corrisposti direttamente al Distributore in forma anticipata all'inizio del relativo periodo considerato, mediante:

- Carta di Credito,

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

- Carta di Debito,
- Bonifico Bancario.

L'incasso di tale somma da parte del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia in forza della delega all'incasso ricevuta dal Distributore.

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

ART. 8.1 SOSPENSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

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").

Le Coperture assicurative non hanno 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.

La comunicazione sarà efficace a partire dalle ore 24.00 del giorno indicato dal Contraente, e comunque non prima delle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e-mail o di inoltro del fax. Al termine di ogni periodo di assicurazione, l'Assicuratore provvederà alla regolazione del Premio in base alle comunicazioni allo stesso pervenute; detto Premio verrà conteggiato per l'effettivo periodo di rischio per ogni persona Assicurata.

ART. 9 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva, l'Aderente/Assicurato, nel rispetto dei limiti di età alla scadenza, può scegliere la durata del Contratto di Assicurazione tra le opzioni di seguito indicate:

Pacchetto	Durata
PACCHETTO A	1 - 2 - 3 - 4 - 5 ANNI
PACCHETTO B	
PACCHETTO C	

ART. 9.1 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno validità dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza evidenziato sul Modulo di Adesione (attivazione delle Coperture assicurative), 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. 10 OBBLIGO DI ASTENSIONE E CLAUSOLA SANCTION

L'efficacia delle coperture assicurative è subordinata all'esito positivo delle verifiche effettuate dalla Compagnia sui nominativi degli Aderenti, ai sensi del D.Lgs. 109/2007 e delle ulteriori disposizioni in materia di Sanzioni Internazionali.

La Compagnia valuterà, ai fini dell'applicazione della normativa in materia di Antiriciclaggio e Antiterrorismo, le richieste di pagamento destinate a "Paesi o Territori a Rischio", cioè Paesi o territori extracomunitari, non cooperativi nello scambio di informazioni in materia Fiscale o non equivalenti ai sensi della suddetta normativa Antiriciclaggio e Antiterrorismo e non annoverati al decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 10 Aprile 2015 (incluse successive modifiche e integrazioni). La Compagnia non darà seguito alle richieste di pagamento verso "Paesi Terzi ad Alto Rischio", cioè Paesi o territori extracomunitari indicati da organismi internazionali, quali GAFI (Gruppo d'Azione Finanziaria) e Commissione UE, esposti a elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

Resta inteso tra le parti che, la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, ad accettare o disporre pagamenti, a effettuare qualsiasi altra operazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione, che possano comportare la violazione, da parte della Compagnia, di sanzioni, embarghi o qualsiasi altra misura restrittiva adottate da ONU (Nazioni Unite), UE (Unione Europea), Repubblica italiana, Repubblica francese, OFAC (Office of Foreign Assets Control) o che possano comunque esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione.



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.

ART. 11 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 mancato pagamento dei premi, trascorsi i 6 mesi dalla data di scadenza del premio non pagato;
- > in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- > in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato;
- > in caso di liquidazione del 100% del capitale per Invalidità Totale Permanente dell'Aderente/Assicurato;
- > alla data di scadenza della copertura assicurativa riportata nel Modulo di Adesione;
- > in caso di revoca della patente.

ART. 12 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 nel Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

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

$$\text{Rimborso del Premio} = P_{pu} \times \frac{N-K}{N} + H \times \frac{N-K}{N}$$

P_{pu} = 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)

ART. 13 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, almeno 1 dei seguenti 4 requisiti di adesione e assicurabilità venisse meno:

- essere residente in Italia;
- essere in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico fino a 60 q.li (per il pacchetto A);
- essere in possesso di patente di guida valida per autovetture e/o autocarri con massa complessiva a pieno carico superiore a 60 q.li (per il pacchetto B);
- essere in possesso di patente di guida valida per motoveicoli con cilindrata pari o superiore a 125 cc (per il pacchetto C)

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

- 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 all'Aderente/Assicurato 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 al precedente ART. 12.

- La perdita del requisito di possesso della patente di guida richiesta per il pacchetto sottoscritto (requisiti b., c., d. del precedente elenco), 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 all'Aderente/Assicurato 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 al precedente ART. 12.

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

ART. 13.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Ai fini della liquidazione, la Compagnia effettuerà preventivamente controlli in merito alla permanenza dei requisiti di adesione e assicurabilità; qualora dovesse riscontrarne la mancanza, rifiuterà il Sinistro e procederà al rimborso del premio pagato e non goduto sulla base della formula indicata al precedente ART. 12, anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la loro perdita.

ART. 14 BENEFICIARI

Beneficiari della sola copertura assicurativa Decesso sono gli eredi testamentari o legittimi.

L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale indicazione indicando eventualmente anche il Referente Terzo, inviando una comunicazione con lettera raccomandata A.R. o via e-mail alla Compagnia ai seguenti recapiti:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

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

AVVERTENZA: In caso di mancata indicazione dei dati identificativi del Beneficiario, oppure del referente terzo, si potrebbero 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 fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata.

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) o inclusi nelle liste dei soggetti c.d. "designati" ai sensi del d.lgs. 109/2007.

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

Il Beneficiario dovrà presentare la documentazione necessaria a provare la propria identità.

Relativamente alle Coperture assicurative diverse dal Decesso, gli indennizzi saranno riconosciuti all'Aderente/Assicurato.

ART. 15 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative (Decesso da infortunio, Invalidità Totale Permanente da infortunio e Rimborso Spese Mediche da infortunio) valgono in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 16 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

ART. 17 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia nei confronti dell'Aderente al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 del c.c.

ART. 18 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per le Coperture assicurative danni (Decesso da infortunio, Invalidità Totale Permanente da infortunio, Rimborso Spese Mediche da infortunio), i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Tali condizioni sono previste dall'art. 2952 del c.c. (vedi Allegato "Riferimenti Normativi").

ART. 19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 20 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 21 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. 22 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.

ART. 23 RECLAMI

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del Sinistro dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, alla Funzione Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:

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

I reclami dovranno contenere:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo dell'Aderente;
- numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia entro tale termine o in caso di risposta ritenuta non soddisfacente, il reclamante potrà presentare formale reclamo a:

IVASS- Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Via del Quirinale 21, 00187 Roma,
Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it

utilizzando l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami.

In alternativa, 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>

CAPITOLO II

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

AVVERTENZA: Le Coperture assicurative non operano nel caso in cui il Sinistro occorra durante o comunque in conseguenza dello svolgimento, anche occasionale, di attività lavorative e sportive di natura pericolosa, come elencate all'interno del Capitolo III.



DECESSO DA INFORTUNIO

ART. 24 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è il Decesso da infortunio accaduto nel corso della durata contrattuale durante:

- 1) la guida del Veicolo in aree pubbliche o private;
- 2) le operazioni a terra necessarie alla ripresa della marcia del Veicolo, a seguito di arresto o avaria del Veicolo stesso.

L'Infortunio è coperto solo se si è verificato in relazione ad un Veicolo, come definito in "Glossario e definizioni", appartenente alla medesima categoria indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Non è considerato infortunio qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

La garanzia viene prestata a condizione che l'Aderente/Assicurato risulti in possesso, al momento dell'Infortunio, della patente di guida valida per il pacchetto scelto al momento della sottoscrizione del modulo di Adesione, e che il Veicolo venga usato secondo le disposizioni previste dal codice della strada e delle eventuali specifiche norme del Veicolo stesso.

La garanzia opera solo se il Sinistro si è verificato come conseguenza di guida/operazioni a terra di un Veicolo appartenente alla/e medesima/e categoria/e indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Indennizzo

In caso di Decesso da infortunio dell'Aderente/Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un Indennizzo pari al Capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione.

Carenza

La copertura assicurativa per il Decesso da infortunio non è sottoposta ad alcun periodo di Carenza.

ART. 24.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le Coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'Indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'Indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare, l'Indennizzo della copertura assicurativa Decesso da infortunio non è cumulabile con l'Indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente da infortunio. Pertanto, qualora nel corso della valutazione del Sinistro per Invalidità Totale Permanente, dovesse sopraggiungere il Decesso, tale copertura assicurativa potrà intervenire solo se l'invalidità risultasse non liquidabile. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

ART. 25 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente di grado superiore al 5% causata da Infortunio accaduto, nel corso della durata contrattuale, durante:

- 1) la guida del Veicolo in aree pubbliche o private;
- 2) le operazioni a terra necessarie alla ripresa della marcia del veicolo, a seguito di arresto o avaria del Veicolo stesso.

L'Infortunio è coperto solo se si è verificato in relazione ad un Veicolo, come definito in "Glossario e definizioni", appartenente alla medesima categoria indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Non è considerato Infortunio qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

La garanzia viene prestata a condizione che l'Aderente/Assicurato risulti in possesso, al momento dell'Infortunio, della patente di guida valida per il pacchetto scelto al momento della sottoscrizione del modulo di Adesione, e che il Veicolo venga usato secondo le disposizioni previste dal codice della strada e delle eventuali specifiche norme del Veicolo stesso.

La garanzia opera solo se il Sinistro si è verificato come conseguenza di guida/operazioni a terra di un Veicolo appartenente alla/e medesima/e categoria/e indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Indennizzo



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO (ITP)

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

Nei limiti del Capitale assicurato, nel caso in cui venga accertata un'Invalidità Totale Permanente dell'Aderente/Assicurato, di grado superiore al 5%, entro 2 anni dall'infortunio verificatosi durante il periodo contrattuale, la Compagnia garantisce allo stesso la corresponsione di un Indennizzo calcolato sul Capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione, in base al grado percentuale di Invalidità Totale Permanente accertato eccedente il 5%.

La garanzia Invalidità Totale Permanente riconosce l'Indennizzo a condizione che i postumi di Invalidità Totale Permanente si siano stabilizzati entro 2 (due) anni dal giorno dell'Infortunio, ancorché successivamente alla scadenza del Contratto di Assicurazione.

Nel caso in cui, trascorsi 2 (due) anni dall'Infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, in ogni caso verrà espressa la valutazione – che deve intendersi definitiva ai sensi del Contratto di Assicurazione – in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

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

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

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione dell'Indennizzo

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

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

Come valutare il grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio

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

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

Carenza

La copertura assicurativa per l'Invalidità Totale Permanente da infortunio non è sottoposta ad alcun periodo di Carenza.

Franchigia assoluta

Alla copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio viene applicata una Franchigia assoluta pari al 5%.

ART. 25.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le Coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare, l'Indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con l'Indennizzo della copertura assicurativa Decesso.

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

ART. 26 COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui al Capitolo III, il rischio coperto è il Rimborso delle Spese Mediche sostenute dall'Aderente/Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile ai termini del Contratto di Assicurazione per:

- A. trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura, posto di Pronto Soccorso o ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B. in caso di Sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico, e limitatamente alla durata dello stesso:
 - I. rette di degenza in ospedali o cliniche;

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



RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

- II. onorari dei medici, dei chirurghi, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - III. uso di sala operatoria, materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
 - IV. materiale di cura, compresi apparecchi gessati e tutori, e medicinali;
 - V. accertamenti radiografici e radioscopici, esami ed analisi in genere e relativi ticket, terapia fisica;
 - VI. notule per cure mediche in genere e per visite specialistiche.
- C. in caso di Sinistro che comporti intervento chirurgico ambulatoriale, le spese di cui alle precedenti lettere A e B;
- D. in caso di Sinistro che non comporti ricovero né intervento chirurgico, le spese relative per accertamenti radiografici e radioscopici, esami ed analisi in genere e relativi ticket, notule per cure mediche in genere e per visite specialistiche, le terapie fisiche, effettuati nei 30 (trenta) giorni successivi all'infornio.

La garanzia opera solo se il Sinistro si è verificato come conseguenza di guida/operazioni a terra di un Veicolo appartenente alla/e medesima/e categoria/e indicata nel Pacchetto scelto al momento dell'adesione.

Indennizzo

Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato sostenga durante il periodo contrattuale le spese mediche per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infornio indennizzabile ai termini del Contratto di Assicurazione, come descritte al precedente paragrafo, la Compagnia ne garantisce allo stesso il rimborso, al netto della Franchigia assoluta pari a €100,00 per Sinistro e fino alla concorrenza della somma massima assicurata, pari a € 5.000 per Sinistro e per anno assicurativo.

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

AVVERTENZA: qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del Contratto di Assicurazione dietro certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei già menzionati terzi.

Carenza

La copertura assicurativa per il Rimborso Spese Mediche da infornio non è sottoposta ad alcun periodo di Carenza.

Franchigia assoluta

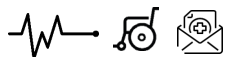
Alla copertura assicurativa per il caso di Rimborso Spese Mediche da infornio viene applicata una Franchigia assoluta pari a € 100,00 per Sinistro.

ART. 27 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	INDENIZZO ASSICURATO	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
Decesso	Compreso tra € 30.000 e € 250.000 per i pacchetti A e B	==	==	==	==
Invalità Totale Permanente	Compreso tra € 30.000 e € 100.000 per il pacchetto C		5% (assoluta)	==	==
Rimborso Spese Mediche		Fino a €5.000 per Sinistro e per ogni anno assicurativo	€100 (assoluta)	==	==



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



ART. 28 ESCLUSIONI

Le coperture Decesso da infortunio, Invalidità Totale Permanente da infortunio, Rimborso Spese Mediche da infortunio non sono operanti nei seguenti casi:

1. reati dolosi, delitti dolosi o fatti illeciti commessi o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
2. ernie, infarto e ictus di ogni tipo e da qualsiasi causa determinati;
3. in stato di malore o di incoscienza causato da infermità o malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;
4. eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, vandalismo, occupazioni militari, invasioni;
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
6. arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
7. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
8. suicidio o tentato suicidio;
9. ebbrezza alcolica, o intossicazione acuta alcolica, dell'Aderente/Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico e solo nei casi relativi a farmaci che siano compatibili con la guida di un veicolo);
10. atti di pura temerarietà dell'Aderente/Assicurato;
11. guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione (tranne i corsi di guida sicura), partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli a motore (comprese moto d'acqua e guidoslitte) da chiunque organizzate;
12. eventi il cui accadimento non rientri nel Periodo di copertura del presente Contratto;
13. applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio verificatosi nel corso del Periodo di copertura;
14. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
15. rifiuto di seguire prescrizioni mediche o imperizia medica (la terminologia si riferisce alla situazione in cui un conducente, pur avendo capacità di guida, è stato coinvolto in un incidente a causa di una condizione medica non trattata o non diagnosticata che influisce sulla sua capacità di guidare in sicurezza);
16. protesi dentarie;
17. durante il carico e lo scarico di beni e/o merci dal veicolo;
18. durante lo svolgimento delle seguenti professioni: artista controfigura; Stuntman; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Collaudatore di veicoli, motoveicoli;
19. guida un veicolo con equipaggiamento mancante o non omologato;
20. mancata osservanza delle prescrizioni del codice della strada come ad esempio: la mancanza delle cinture di sicurezza o casco oppure eccesso di velocità ecc...
21. Infortunio occorso all'Assicurato a seguito della guida e/o di operazioni a terra di un Veicolo, così come definito in "Glossario e definizioni", appartenente ad una categoria diversa da quella espressamente indicata nel pacchetto scelto al momento dell'adesione.

CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 29 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

Le denunce di Sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti le Coperture assicurative Decesso, Invalidità Totale Permanente e Rimborso Spese Mediche 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

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

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

ART. 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.
- > Copia della patente di guida;
- > Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche;
- > Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

1) 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.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- > Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- > Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail;
- > Copia della patente di guida;
- > Copia del referto delle indagini tossicologiche;
- > Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- > Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- > Ricevute originali di quanto pagato, da consegnare entro 30 giorni dal termine della cura.
- > Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- > Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.



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

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

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

AVVERTENZA: qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del Contratto di Assicurazione dietro certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei già menzionati terzi.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 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.

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

DEL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124

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

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

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

Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a. In semipronazione	30%	25%
b. In pronazione	35%	30%
c. In supinazione	45%	40%
d. Quando l'anchilosisia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. In semipronazione	40%	35%
b. In pronazione	45%	40%
c. In supinazione	55%	50%
d. Quando l'anchilosisia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi totale dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a. In semipronazione	22%	18%
b. In pronazione	25%	22%
c. In supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

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

ALLEGATO 2: RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

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

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

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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' <i>assicuratore</i> 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' <i>assicuratore</i> 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' <i>assicuratore</i> 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' <i>assicuratore</i> , 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' <i>assicuratore</i> 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' <i>assicuratore</i> , 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' <i>assicurato</i> , 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. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l' <i>assicuratore</i> , nel termine di sei mesi dal giorno in cui il <i>premio</i> o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l' <i>assicuratore</i> ha diritto soltanto al pagamento del <i>premio</i> relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)
1913 c.c.	Avviso all'assicuratore in caso di sinistro L' <i>assicurato</i> deve dare avviso del <i>sinistro</i> all' <i>assicuratore</i> o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il <i>sinistro</i> si è verificato o l' <i>assicurato</i> ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l' <i>assicuratore</i> o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del <i>sinistro</i> . (...)
1915 c.c.	Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio L' <i>assicurato</i> che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1913) o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

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

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 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.

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

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

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e

sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

4. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendovi tenuto, viola il divieto di comunicazione di cui agli articoli 39, comma 1, e 41, comma 3, è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da 5.000 euro a 30.000 euro.

MODULO DI ADESIONE DELL'ADERENTE/ASSICURATO
alla Polizza Collettiva N° 020000257/JVINFAGF01059 ELMO ATHENA




ADESIONE N° _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALL'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	_____
TEL.	_____	E-MAIL	_____		

B. DATI RELATIVI AL PACCHETTO ASSICURATIVO SCELTO AL CAPITALE ASSICURATO E ALLA DURATA DELLA POLIZZA

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	<input type="checkbox"/>  DECESSO da infortunio
	<input type="checkbox"/>  INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio
	<input type="checkbox"/>  RIMBORSO SPESE MEDICHE da infortunio

CAPITALE ASSICURATO € _____ RIMBORSO SPESE MEDICHE: Fino a massimo 5.000€ per sinistro e per anno assicurativo

DURATA DELLA POLIZZA (ANNI) 1 2 3 4 5

DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E DELLE COPERTURE ASSICURATIVE: _____

DATA DI SCADENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E DELLE COPERTURE ASSICURATIVE: _____

C. DATI RELATIVI AL PREMIO

PREMIO ANNUO LORDO € _____ di cui imposte € _____

Costi complessivi già compresi nel premio lordo _____ di cui importo percepito dalla rete di distribuzione _____

PERIODICITÀ DI PAGAMENTO _____

1° PAGAMENTO _____ PAGAMENTI SUCCESSIVI _____ di cui interessi di frazionamento _____

D. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di essere residente in Italia;
- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- di essere in possesso della patente di guida valida per il pacchetto scelto;
- di prestare il consenso necessario per la validità della garanzia Decesso da Infortunio (art. 1919 c.c.);
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo di Adesione, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte.

PRENDE ATTO

- che il presente Modulo di Adesione ha una validità pari a 30 giorni dalla data di sottoscrizione. In caso di mancato pagamento del premio entro i trenta giorni, le Coperture assicurative non saranno efficaci;
- che le Coperture assicurative decorrono dalle ore 24 dalla data riportata nel presente Modulo di Adesione, fermo restando che l'efficacia delle stesse è subordinata al pagamento del premio e al positivo esito dei controlli da parte della Compagnia;
- che ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, fa fede la documentazione contabile della sua Banca;
- che **può esercitare il diritto di recesso entro i 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto** (indicata nel presente Modulo di Adesione), ottenendo il rimborso totale del premio versato, al netto delle imposte versate. Potrà esercitare il diritto di recesso 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;
- della seguente **AVVERTENZA: 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;**

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Adesione), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente;
- che il presente Modulo di Adesione da lei sottoscritto, rappresenta e costituisce il documento di Polizza, pertanto, la invitiamo a conservarlo con cura.

E. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Aderente prende atto che la Compagnia ha conferito al Distributore apposito mandato all'incasso. Il pagamento del Premio da parte dell'Aderente viene effettuato mediante pagamento diretto al Distributore, con i seguenti metodi:

- Bonifico Bancario;
- Carta di Credito,
- Carta di Debito.

La somma trattenuta dal Distributore equivale al pagamento del premio direttamente a favore di CNP.

F. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

AVVERTENZA: IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI 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 legittimi, in parti uguali, salvo testamento.

G. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'Aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente Referente Terzo a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso:

SÌ 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 e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di Assicurazione il Fac-simile del Modulo di Adesione, 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. 9 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 9.1 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 11 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 13 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 21 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 24 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO, ART. 25 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, ART. 26 COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, ART. 28 ESCLUSIONI.

Data

Firma Aderente/Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI

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

- gestione del rapporto contrattuale e dei conseguenti adempimenti;
- valutazione del rischio assicurativo in fase di assunzione e di gestione dei sinistri;
- comunicazione a terzi e a destinatari.

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

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

Tale consenso è necessario per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale. In caso di rifiuto o revoca non si potrà dar seguito al contratto o alla prestazione da Lei richiesta.

Data

Firma Aderente/Assicurato



FAC SIMILE

PAGINA BIANCA

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 di cui agli artt. 13 e 14.

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 in via Arbe n.49, 20125 Milano, in qualità di Titolari del Trattamento (di seguito **“Compagnia”**, **“Società”**, **“CNP”**) 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. **“RPD”**, **“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 dal Titolare 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 CNP tratta rientrano, a titolo esemplificativo, i dati anagrafici, i dati di contatto, i dati fiscali, i dati derivanti dalla fruizione di 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 personali trattati potrebbero esservi anche i dati definiti Particolari di cui alla Sezione 7 della presente Informativa. CNP potrà trattare dati giudiziari relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza a Lei eventualmente riferiti derivanti da determinati provvedimenti delle Autorità pubbliche o giudiziarie.

Con l’entrata in vigore la Legge del 7 dicembre 2023 n. 193, che ha introdotto il **“diritto all’oblio oncologico”**, CNP ha adottato opportuni presidi per garantire l’attuazione delle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

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

Fonte, 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:

› a) Adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali

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/il Contraente
- 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 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. La Compagnia tratterà dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione nonché per gestire eventuali reclami.

› **b) Adempimento di obblighi Normativi e Legali**

Il Trattamento dei Suoi Dati Personali con la finalità di adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio. Il Trattamento dei dati personali è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa internazionale, europea, nazionale (norme primarie e secondarie) in ambito 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 nonché in materia di sanzioni internazionali; 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 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).

› **c) Perseguimento del legittimo interesse del Titolare**

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

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

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

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

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

1. **Società controllanti, controllate e collegate ai Titolare**, residenti nella comunità europea.
2. **Soggetti del settore assicurativo e diversi:** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; mediatori di assicurazione e di riassicurazione, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione elencati al punto 4, 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.*); - società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale o da stipulare, compresi i servizi di fornitura della Firma elettronica (ad es. FEA) - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
3. **Autorità:** giudiziaria, amministrativa 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:** Istituti finanziari e di credito, Banche, Agenti, Subagenti, Brokers ed ogni altro canale di distribuzione assicurativa.

Le Società controllanti, 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, su richiesta, 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

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

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 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, o revoca del medesimo, 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, i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta al Titolare e/o al DPO agli indirizzi elencati in Sezione 1 e 2 e nel Set Informativo.

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, CNP 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, CNP Le riconosce la possibilità di esercitare i seguenti diritti:

- › **Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere da CNP 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, ecc.

Se richiesto, CNP Le potrà 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 di revoca**

Lei potrà revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

› **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 CNP 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

LA INFORMIAMO CHE POTRÀ VISIONARE L'INFORMATIVA COSTANTEMENTE AGGIORNATA, IN OCCASIONE DI EVENTUALI SUCCESSIVE MODIFICHE E/O INTEGRAZIONI NORMATIVE, NELLA SEZIONE DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE DEL SITO INTERNET WWW.CNPITALIA.IT.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI AD USO FACOLTATIVO

Spett. CNP Assurances S.A.
Ufficio Gestione Sinistri
Via Arbe, 49
20125 Milano

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°

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 Adesione 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 il Cliente sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio;
 - › Copia della patente di guida;
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche;
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
- 1) Qualora il Decesso sia avvenuto all'ospedale:
- › Copia della cartella clinica.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- › Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE



DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- > Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail;
- > Copia della patente di guida;
- > Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche;
- > Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- > Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.



RIMBORSO SPESE MEDICHE

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- > Ricevute originali di quanto pagato, da consegnare entro 30 giorni dal termine della cura.
- > Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

- > Questionario di adeguata verifica "Identificazione beneficiario": al ricorrere di alcune condizioni (es. in caso di determinati importi e/o in presenza di fattori di rischio alti) la Compagnia potrà richiederlo anche per le prestazioni danni.

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

Nome e Cognome/Ragione Sociale del Beneficiario

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

L'Assicurato o il Beneficiario





CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES

Via Arbe 49
20125 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO

portafoglio@cnpitalia.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri@cnpitalia.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

