



CNP QUINTO LIFE

COPERTURA ASSICURATIVA VITA
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO
(COLLETTIVA N. 020000254/JECDQUPF01057)

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

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

EDIZIONE: 01/2026

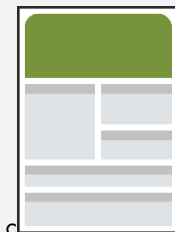
PAGINA BIANCA

CONTENUTI



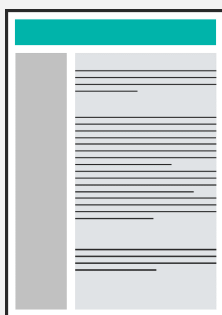
DIP VITA

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



DIP AGGIUNTIVO VITA

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

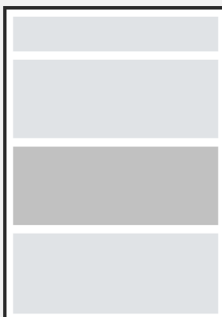
GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

CAPITOLO II – COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: RIFERIMENTI NORMATIVI

FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

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

POLIZZA VITA CESSIONE DEL QUINTO STIPENDIO

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione vita (DIP Vita)

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

Prodotto: Polizza CNP Quinto Life

Il presente DIP Vita è aggiornato a gennaio 2026

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Assicurazione Temporanea Caso Morte a premio unico e a capitale decrescente, abbinata a Prestiti estinguibili mediante cessione/deleghe di quote dello stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni).

Contraente e Beneficiario è l'Ente Erogante, persona giuridica, che stipula il Finanziamento con il Cedente/Delegante (Assicurato) e la Polizza con la Compagnia.



Che cosa è assicurato/quali sono le prestazioni?

- ✓ Decesso dell'Assicurato derivante da tutte le cause, senza limiti territoriali.
 - ✓ Prestazione pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso dell'Assicurato.
- Per Debito residuo si intende la quota di montante lordo non corrisposto dall'Assicurato calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. Sono escluse dal Debito Residuo indennizzabile ai termini di polizza le rate non pagate per morosità.
- In particolare, ai fini dello sviluppo del Conteggio estintivo, si terrà conto: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già corrisposte, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato, nonché di tutti i Costi Up-front e Recurring (costi fissi e ricorrenti), precisati nel contratto di Prestito.
- Per montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.



Che cosa NON è assicurato?

- Non è assicurato il soggetto che alla data di sottoscrizione:
- ✗ Non sia residente in Italia
 - ✗ Non sia lavoratore dipendente a tempo indeterminato con contratto di diritto italiano presso una delle Aziende Terze Cedenti o Deleganti valutate positivamente dalla Compagnia;
 - ✗ Non Abbia sottoscritto un contratto di Prestito con la Contraente, avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi, estinguibile mediante cessione di quote mensili di stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche);
 - ✗ se extra-comunitario, non possieda regolare permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo e abbia cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti da ONU, UE e USA;
 - ✗ nel caso sia Dipendente Pubblico-Statale non abbia, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, un'età anagrafica compresa tra 18 anni e 73 anni calcolata alla data di decorrenza indicata dalla Contraente ed età non superiore a 75 anni (età anagrafica) alla data di scadenza del Prestito;
 - ✗ nel caso sia dipendente di altre categorie non abbia, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, un'età anagrafica compresa tra 18 anni e 65 anni calcolata alla data di decorrenza indicata dalla Contraente ed età non superiore a 67 anni (età anagrafica) alla data di scadenza del Prestito;
 - ✗ non si trovi in uno stato di salute idoneo così come richiesto dal Questionario Sanitario medica della Compagnia;
 - ✗ presenti indicazione della legge 104 a proprio favore sulle ultime due buste paga;
 - ✗ abbia un contratto di formazione o apprendistato o tirocinio o stage o somministrazione;
 - ✗ abbia provvedimenti disciplinari in corso o in passato;
 - ✗ si trovi in situazione di regime di prova, aspettativa, sospensione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro (comprese: CIGS, mobilità, Cassa Edile, part-time verticale con sospensione della retribuzione) o in congedo parentale/maternità;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- ✗ abbia aderito volontariamente all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo finanziario a garanzia pensionistica" n. 150, all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.



Ci sono limiti di copertura?

- ! nel caso di dolo della Contraente e/o dei suoi Dipendenti nonché degli Agenti in attività finanziaria e dei Mediatori creditizi che distribuiscono i prestiti erogati dalla Contraente;
- ! se la Contraente o i suoi Dipendenti non sono autorizzati a svolgere la propria attività ai sensi di legge;
- ! qualora i Contratti di Prestito siano stipulati a fronte di cessioni di quote di stipendio non consentite dalla Legge 180 del 1950 e successive modifiche ed integrazioni;
- ! quando la documentazione o parte di essa risulti falsa o falsificata;
- ! quando le firme apposte sui documenti contrattuali (finanziari e/o assicurativi) risultino apocriefe;
- ! quando il sinistro avvenga per partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, guerra dichiarata o non dichiarata;
- ! qualora l'Assicurato risultasse titolare di pensione di invalidità/inabilità in sede di istruttoria del prestito non abbia fornito, prima dell'inclusione in copertura, una copia del verbale rilasciato dalla commissione medica INPS, senza

omissis, con eventuale ulteriore documentazione recente relativa alla patologia, e/o disturbi, che hanno causato l'invalidità;

- ! in caso di mancata erogazione del Prestito;
- ! in caso di inesistenza o nullità del contratto di Prestito;
- ! in caso di suicidio dell'Assicurato, se avvenuto nei primi 12 mesi dalla data di effetto della copertura assicurativa;
- ! in caso di adesione volontaria all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, n. 150, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo finanziario a garanzia pensionistica", all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232;
- ! in caso di morosità costituita dal mancato o ritardato versamento delle quote, da parte del Ceduto/Delegato, a beneficio della Contraente per cause diverse da quelle elencate nell'articolo 7 "Durata e Decorrenza Della Copertura Assicurativa";
- ! in caso di mancato rispetto, anche parziale, della procedura di attivazione della singola Copertura Assicurativa;
- ! in caso di dolo del Cedente/Delegante;
- ! per tutti i rischi nucleari e/o derivanti da contaminazioni biologiche e chimiche.

Ove operi un'ipotesi di esclusione il Beneficiario non avrà alcun diritto alla Prestazione.

La copertura viene prestata senza periodi di Carenza o sospensione.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Ai fini dell'ottenimento della copertura e della validità del contratto, il Contraente dovrà aver cura che l'Assicurato esprima il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, tramite la compilazione e sottoscrizione da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Proposta (anche nella parte del Modulo di Trattamento dei dati personali particolari).

Inoltre, dovrà allegare al Modulo di Proposta una copia dei seguenti documenti:

- documento d'identità e codice fiscale dell'Assicurato in corso di validità al momento della richiesta del finanziamento;
- documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per l'accesso alla copertura assicurativa (Questionario Medico Semplificato o Rapporto di Visita Medica);
- ultime due buste paga dell'Assicurato;
- certificato di stipendio/attestato di servizio;
- estratti contributivi, se richiesti, come indicazioni all'Art. 6;
- piano di ammortamento originario del Prestito;
- permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo per i cittadini extra-comunitari;
- qualora l'Assicurato risulti titolare di pensione di invalidità/inabilità in sede di istruttoria del prestito: verbale rilasciato dalla commissione medica INPS, senza omissis, con eventuale ulteriore documentazione recente relativa alla patologia, e/o disturbi, che hanno causato l'invalidità;
- ulteriore documentazione concordata.

Le dichiarazioni della Contraente e/o dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e degli eventuali questionari, devono essere esatte, complete e veritiere. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Nel caso in cui, l'Assicurato abbia sottaciuto l'esistenza di patologie già diagnosticate e/o sottoposte a cure, la Compagnia erogherà ugualmente la prestazione assicurativa ma avrà il diritto di agire in regresso nei confronti degli eredi dell'Assicurato per il recupero della somma pagata.



Quando e come devo pagare?

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

Il Premio è Unico e anticipato e viene pagato dalla Contraente alla Compagnia per il tramite del Partner Gestionale dell'Impresa - il quale incassa per conto della Compagnia in forza del mandato all'incasso concessogli. In mancanza del pagamento del premio la garanzia non ha effetto.

L'ammontare del premio si ottiene moltiplicando il Montante per il tasso individuato in base a parametri riferibili all'Assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza.

L'ammontare totale del Premio unico è indicato sul Certificato di Polizza.

Il pagamento dei premi avviene presso l'Intermediario che ha procurato il contratto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione del Finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento, fatto salvo il pagamento del Premio.

La durata della garanzia finisce con la data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Prestito. La durata della garanzia non potrà, comunque, superare i 120 (centoventi) mesi. La conclusione della Polizza è altresì subordinata alla conclusione della Polizza Credito.

La copertura cessa in caso di:

- decesso dell'Assicurato;
- mancata erogazione, inesistenza o nullità del Prestito dalla data di emissione;
- naturale scadenza del contratto di Prestito;
- raggiungimento dell'età massima alla scadenza (75 anni per dipendenti pubblici, 67 anni per tutti gli altri tipi di dipendenti) salvo il superamento di tale scadenza, per un massimo di 12 mesi, in caso di ritardato addebito della prima rata del Finanziamento, o accodamenti di rate dovuti a temporanea interruzione del diritto del Cedente/Delegante allo stipendio o di riduzione della quota ceduta di quest'ultimo;
- accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro per insolvenza conseguente a perdita d'impiego relativo alla copertura assicurativa complementare prestata dalla Polizza Credito;
- alla data di cessazione, per qualsiasi causa, della copertura assicurativa complementare prestata dalla Compagnia Danni;
- anticipata estinzione totale del Prestito;
- firme apocrife o falsificazione della documentazione per l'attivazione delle Coperture.



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

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del contratto di assicurazione, mediante dichiarazione di revoca da comunicare alla Compagnia, per il tramite del Partner Gestionale, in forma scritta.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previste opzioni di riscatto e riduzioni di premio.

ASSICURAZIONE SULLA VITA CESSIONE DEL QUINTO STIPENDIO

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti di assicurazione vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Prodotto: CNP Quinto Life

Il presente DIP aggiuntivo Vita è aggiornato a gennaio 2026 ed è l'ultima versione disponibile.

Scopo

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

L'Aderente/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. La sede secondaria, con cui è concluso il contratto, è in Via Arbe, 49, 20125, Milano.

CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00048 ed è ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. CNP Assurances S.A. è soggetta alla vigilanza prudenziale di ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – sito internet: www.banque-france.fr/acpr).

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale della Compagnia: Patrimonio Netto = 12.148.190.056,99 € - Risultato economico di periodo: 1.668.031.826,75€.

Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 270%.

La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: <https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/investisseurs/resultats/resultats-et-donnees-financieres>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

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

Patologia oncologica	Caratteristiche	Anni dalla conclusione del trattamento attivo
Colon - retto	Stadio, qualsiasi età	1
Colon - retto	Stadio II/III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

	Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni	1
	Linfomi di Hodgkin	Uomini con diagnosi < 45 anni	5
	Leucemie	Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	5
MODALITÀ DI ESERCIZIO	L'Assicurato invia tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione rilasciatagli, senza oneri ed entro 30 gg. dalla richiesta, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.		
EFFETTI DELL'OBLIO ONCOLOGICO	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con il diritto all'oblio oncologico sono nulle.		



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alla Finanziaria iscritta nell'albo ex art. 106 del TUB che eroghi Prestiti estinguibili mediante cessione/deleghe di quote dello stipendio, ai sensi del D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni. Sono escluse alcune tipologie di Amministrazioni Terze Cedute (ATC), e di lavoratori dipendenti come da allegati alla Polizza Collettiva.

Può rivestire la qualità di Debitore/Assicurato il lavoratore dipendente, a tempo indeterminato

- > pubblico-statale
- > para-pubblico
- > para-subordinato
- > privato



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio:

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	Costi di emissione	Costi di intermediazione (provvigioni)
- 20% per la garanzia Decesso	€20	il 12% 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.

Costi dei PPI: In caso di rimborso del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata viene trattenuto un importo pari a € 20,00 a titolo di rimborso delle spese sostenute per la gestione dell'operazione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE	<p>I reclami riguardanti le garanzie Decesso e Caso Vita dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, all'Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, al seguente recapito:</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 La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal 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> <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, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

ARBITRO ASSICURATIVO	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 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 non costituiscono reddito e sono pertanto esenti da tassazione.</p> <p>DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI: In base alla normativa fiscale nazionale, il Contraente potrà dedurre i premi versati dal reddito di impresa, nel caso in cui risulti rispettato il principio di inerenza all'attività stessa (art. 109, c. 5 DPR n. 917/86). La deducibilità dei premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.</p>
-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI	4
ART. 2	REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA E DI ASSICURABILITÀ).....	4
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	5
ART. 4	MONTANTE ASSICURATO E MASSIMALI	5
ART. 5	CUMULO	5
ART. 6	COME POTERSI ASSICURARE	6
ART. 7	DURATA E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	7
ART. 8	PREMIO	7
ART. 9	OBBLIGO DI ASTENSIONE.....	7
ART. 10	TERMINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	7
ART. 11	ESTINZIONE ANTICIPATA DEL PRESTITO	8
ART. 12	BENEFICIARIO.....	8
ART. 13	DOVE VALE LA COPERTURA ASSICURATIVA	8
ART. 14	DENUNCIA DEL SINISTRO	8
ART. 15	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	8
ART. 16	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	9
ART. 17	IMPOSTE E TASSE.....	9
ART. 18	CLAUSOLA LIBERATORIA.....	9
ART. 19	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	9

CAPITOLO II – COPERTURA ASSICURATIVA – PRESTAZIONE ED INDENNIZZO

ART. 20	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA	10
ART. 22.1	NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI FORNITE DALLA POLIZZA COLLETTIVA E DALLA POLIZZA CREDITO	10

CAPITOLO III - ESCLUSIONI

ART. 21	ESCLUSIONI	11
---------	------------------	----

CAPITOLO IV - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 22	DENUNCIA DEI SINISTRI	12
ART. 23	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO	12
ART. 24	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	13
ART. 25	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE.....	13

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

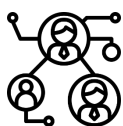
Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcune parole del glossario assicurativo, nonché quei termini che nella Polizza assumono convenzionalmente un significato specifico.

IMPORTANTI



- › **Ammortamento**: periodo del piano di rimborso che prevede il pagamento di rate composte dalla quota interessi e dalla quota capitale.
- › **Finanziamento/Prestito**: il Contratto di prestito personale estinguibile mediante cessione di quote mensili di stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche) concesso dalla Contraente all'Assicurato.
- › **Piano di ammortamento**: piano di rimborso rateale del Prestito sottoscritto con l'Ente Erogante al quale vengono abbinate le coperture assicurative.
- › **Polizza Credito**: il contratto di assicurazione contro il rischio di perdite patrimoniali derivanti da insolvenza sottoscritto dal Contraente con la Compagnia Danni, per il medesimo Assicurato della presente Polizza Collettiva.
- › **Polizza Collettiva**: il Contratto di Assicurazione stipulato tra la Contraente e la Compagnia.
- › **Premio**: somma dovuta dal Contraente all'Impresa di assicurazione per la copertura assicurativa prestata.
- › **Sinistro**: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

SOGGETTI



- › **Assicurato**: la persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (es. Ministeri, Province, Regioni,...), aziende parapubbliche o aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato, con la quale la Contraente ha stipulato un Finanziamento rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto o Delega di pagamento e che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione.
- › **ATC (Amministrazione Terza Ceduta) /Ceduto/Delegato**: il datore di lavoro del Cedente/Delegante obbligato nei confronti della Contraente a versare la quota dello stipendio del Cedente/Delegante alla Contraente.
- › **Beneficiario**: il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. il Beneficiario coincide con la Contraente che ha erogato il prestito alla base della presente copertura vita.
- › **Cedente/Delegante**: coincide con l'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 viene stipulato il Contratto di Assicurazione.
- › **Contraente**: Figenpa S.p.A.; la Contraente viene definita anche come "Ente Erogante" "Finanziaria".
- › **IVASS**: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.
- › **Lavoratore Dipendente di azienda privata**: persona fisica lavoratore dipendente a tempo indeterminato, con contratto regolato dalla Legge italiana, presso società di capitali con un numero di dipendenti pari o maggiore di 16, non rientrante in alcuna delle altre categorie (Dipendente pubblico-statale; Dipendente Para-pubblico, Dipendente Para-subordinato).
- › **Lavoratore Dipendente pubblico-statale**: persona fisica Dipendente della Pubblica Amministrazione a tempo indeterminato, inteso come dipendente pubblico in rapporto organico un Ministero o con altri Enti pubblici, e il lavoratore in servizio presso le amministrazioni dello Stato, civili e militari; le aziende di amministrazione dello Stato ad ordinamento autonomo; le Istituzioni Universitarie.
- › **Lavoratore Dipendente para-pubblico**: persona fisica Dipendente a tempo indeterminato di società di diritto privato partecipata da enti Pubblici, in misura non inferiore al 40%, dipendenti di Poste Italiane Spa, dipendenti dell'amministrazione ferroviaria.
- › **Lavoratore Dipendente para-subordinato**: persona fisica persona Dipendente a tempo indeterminato che svolge l'attività lavorativa di medico generico (o di base) convenzionato ASL, e medico pediatra che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri); medici convenzionati con attività ambulatoriale a tempo indeterminato e retribuzione fissa, che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM; medici psicologi (ENPAP), farmacisti (ENPAF), veterinari (ENPAV), biologi (ENPAB) a tempo indeterminato e retribuzione fissa.
- › **Partner Gestionale/Distributore**: il soggetto che ha intermediato il presente contratto che opera nell'interesse della Compagnia, nella specie HECA S.R.L. UNIPERSONALE, con sede legale in Via Roma, 42/B – 66026 Ortona (CH) iscritta al RUI con n. A000394782.

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

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- › **Capitale assicurato**: corrisponde al Debito residuo.
- › **Conteggio estintivo**: conteggio elaborato dalla Contraente a dimostrazione del suo credito residuo nei confronti dell'Assicurato, il cui saldo è determinato in base ai dati del contratto di Prestito.
- › **Copertura assicurativa**: La garanzia contenuta nella Polizza concessa dalla Compagnia e che prevede il pagamento di un indennizzo al verificarsi del sinistro.
- › **Debito residuo**: la quota di montante lordo non corrisposto dall'Assicurato calcolato al netto degli interessi non maturati e delle rate sospese/accodate, ovvero rate non pagate a seguito di cessazione temporanea, totale o parziale, del diritto allo stipendio o a seguito di riduzione della quota cedibile e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. Non rientrano nella definizione le rate non pagate per morosità.
- › **Decesso**: La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- › **Indennizzo/Liquidazione**: 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.
- › **Malattia**: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- › **Montante lordo**: importo del finanziamento, comprensivo degli interessi e delle spese/costi connessi, pari alla somma delle rate da versare.

LIMITAZIONI



- › **Carenza**: il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione durante il quale le coperture assicurative non sono operative.
- › **Esclusioni**: i rischi esclusi o le limitazioni relativi alle coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione.
- › **Età anagrafica**: età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.
- › **Età assicurativa**: età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.
- › **Massimale**: la somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le coperture assicurative.

DOCUMENTI



- › **Certificato di Polizza**: il documento con cui la Compagnia accetta la proposta di inclusione alla Polizza Collettiva da parte dell'Assicurato.
- › **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- › **Contratto di Assicurazione**: Contratto mediante il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato.
- › **DIP Aggiuntivo Vita**: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- › **DIP Vita**: Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- › **Modulo di Proposta**: documento sottoscritto dal potenziale Assicurato, con il quale richiede alla Compagnia di aderire alla Polizza Collettiva.
- › **Questionario Medico Semplificato**: dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.
- › **Questionario Sanitario**: la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia in fase di assunzione del rischio, ossia Questionario Medico Semplificato o Rapporto di Visita Medica.
- › **Rapporto di Visita Medica**: relazione stilata dal medico di fiducia dell'Assicurato (corredata da esami clinici adeguati) contenente le informazioni sanitarie relative allo stato di salute dell'Assicurato stesso, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.
- › **Set Informativo**: insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto. È composto da: DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione, Allegato Riferimenti Normativi, Fac-simile del Modulo di Proposta, Informativa sul trattamento dei dati personali e Modulo di Denuncia sinistri.

FASI DEL CONTRATTO



- › **Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento**: il momento in cui l'Assicurato riceve la comunicazione (Certificato di Polizza) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.
- › **Data di decorrenza**: Il termine dal quale le coperture assicurative possono essere attivate, che coincide con le ore 24 del giorno di erogazione del Prestito concesso dalla Contraente.
- › **Data di emissione**: la data in cui viene inserita la proposta sul sistema informatico della Compagnia, e viene indicata sul Modulo di Proposta

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

- › **Durata del Contratto di Assicurazione:** intervallo di tempo compreso tra la data di decorrenza e la data di estinzione del Prestito, durante il quale è operante la copertura assicurativa. La durata del contratto dev'essere compresa tra 24 e 120 mesi.
- › **Durata della copertura assicurativa:** Il periodo di vigenza della copertura assicurativa.
- › **Efficacia del Contratto e della copertura assicurativa:** il termine dal quale prendono efficacia il contratto e le coperture assicurative e che coincide con le ore 24 della Data di Decorrenza.
- › **Periodo di copertura:** il periodo di tempo in cui le coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio.

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI



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.



COPERTURE ASSICURATIVE



DECESSO

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'attivazione delle coperture individuali alla Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con la Compagnia CNP Assicurazioni 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 della Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto o in altri colori contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico della Contraente o dell'Assicurato.

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

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

Il presente contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio viene predisposto a garanzia dei Prestiti estinguibili mediante cessione/deleghe di quote ai sensi del DPR 05.01.1950 n. 180 e del relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 28.7.1950 n. 895, offerti ai lavoratori dipendenti in servizio con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

L'oggetto della polizza è un'assicurazione temporanea caso morte in forma collettiva, a capitale decrescente mensilmente e a premio unico anticipato.

L'Ente Erogante assume la qualifica giuridica della Contraente ed inserisce nella collettiva i propri clienti che stipulano con esso un contratto di prestito personale rimborsabile tramite cessione o delega di quote dello stipendio. Tali soggetti rivestono la qualifica di Assicurati, ognuno con una propria posizione ed esprimono i propri consensi, tra cui quello necessario per prestare il consenso alla stipula contratto sulla sua vita da parte del Contraente, nel Modulo di Proposta.

La copertura assicurativa offerta dalla Compagnia è il Decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa.

Le prestazioni relative alla singola copertura assicurativa 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 ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA E DI ASSICURABILITÀ)

La Compagnia riconosce al Contraente la copertura assicurativa a condizione che:

- ricorrano i requisiti previsti dalla Polizza Collettiva per la concessione delle coperture;
- siano rispettate tutte le condizioni di assicurabilità previste nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere attivata per la persona fisica che al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

- 1) sia residente in Italia;
- 2) se extra-comunitario sia in possesso di permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo e non abbia cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti da ONU, UE e USA;
- 3) sia Cliente della Contraente e abbia sottoscritto con essa un contratto di Prestito, avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi, estinguibile mediante cessione di quote mensili di stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche);
- 4) e alla data di Decorrenza abbia un'età anagrafica compresa tra i 18 anni e i 73 anni, e non superiore a 75 anni data di scadenza del Prestito in caso di dipendente pubblico-statale;
- 5) e alla data di Decorrenza abbia un'età anagrafica compresa tra i 18 anni e i 65 anni, e non superiore a 67 anni in caso di dipendente privato, para-pubblico o para-subordinato
- 6) sia un lavoratore dipendente a tempo indeterminato con contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana;
- 7) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico Semplificato, ovvero abbia fatto compilare e sottoscrivere al medico curante il Rapporto di Visita Medica, e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia, secondo quanto indicato al successivo art.;
- 8) soddisfi simultaneamente sia i requisiti di assicurabilità richiesti dalla presente Polizza Collettiva che i requisiti richiesti dalla Polizza Credito riportati nella rispettiva documentazione contrattuale;
- 9) non abbia un contratto di formazione o apprendistato o tirocinio o stage o somministrazione;
- 10) non abbia provvedimenti disciplinari in corso o in passato;
- 11) non presenti indicazione/non usufruisca della legge 104 a proprio favore sulle ultime due buste paga;
- 12) non sia in situazione di regime di prova, aspettativa, sospensione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro (comprese: CIGS, mobilità, Cassa Edile, part-time verticale con sospensione della retribuzione) o in congedo parentale/maternità;

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

- 13) non abbia volontariamente aderito all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo finanziario a garanzia pensionistica" n. 150, all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

Può rivestire la qualità di Assicurato il lavoratore dipendente, a tempo indeterminato:

- a) *pubblico-statale*: inteso come Dipendente della Pubblica Amministrazione in rapporto organico con un Ministero o con altri Enti pubblici; lavoratore in servizio presso le amministrazioni dello Stato, civili e militari; le aziende di amministrazione dello Stato ad ordinamento autonomo; le Istituzioni Universitarie.
- b) *para-pubblico*: inteso come dipendente di società di diritto privato partecipata, in misura non inferiore al 40%, da enti Pubblici, dipendenti di Poste Italiane Spa, dipendenti dell'amministrazione ferroviaria (che scelgono di avvalersi della copertura assicurativa privata anziché Fondo Rischi Fs);
- c) *para-subordinato*: inteso come medico generico (o di base) convenzionato ASL e medico pediatra che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri); medici convenzionati con attività ambulatoriale a tempo indeterminato e retribuzione fissa, che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM; medici psicologi (ENPAP), farmacisti (ENPAF), veterinari (ENPAV), biologi (ENPAB) a tempo indeterminato e retribuzione fissa;
- d) *privato*: inteso come dipendente con contratto regolato dalla Legge italiana, presso società di capitali con un numero di dipendenti pari o maggiore di 16, non rientrante in alcuna delle altre categorie (Dipendente pubblico-statale; Dipendente Para-pubblico, Dipendente Para-subordinato).

Sono escluse alcune tipologie di Amministrazioni Terze Cedute (ATC), e di lavoratori dipendenti come da allegati alla Polizza Collettiva, e come da condizioni della Polizza Credito.

ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 4 MONTANTE ASSICURATO E MASSIMALI

Il montante finanziario corrisponde al montante lordo ed è pari alla somma delle rate da rimborsare al lordo degli interessi alla Contraente nel periodo del piano di ammortamento mediante cessione o delega di pagamento di quote di stipendio, così come risultante nel contratto di prestito.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, il montante massimo assicurabile deve rispettare i limiti sotto riportati.

DIPENDENTE DI ATC ¹ DI TIPO	MONTANTE LORDO MASSIMO ASSICURABILE	CUMULO MONTANTI CESSIONE+DELEGA
Privata	Cessioni: 55.000,00 € Deleghe: 45.000,00 €	100.000,00 €
Pubblica e statale	Cessioni: 80.000,00 € Deleghe: 50.000,00 €	130.000,00 €
Para-subordinata	Cessioni: 100.000,00 €	-
Para-pubblica	Cessioni: 70.000,00 € Deleghe: 30.000,00 €	100.000,00 €

La Compagnia non risponderà in nessun caso per somme superiori.

ART. 5 CUMULO

Prima dell'accoglimento della richiesta di inserimento in copertura, la Compagnia verificherà la presenza di eventuali ulteriori capitali assicurati per il rischio morte, per Assicurato su tutte le tipologie di prodotto, presso la Compagnia medesima.

In tal caso se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Assicurato la Compagnia non accetterà il rischio e rifiuterà la richiesta.



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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

Azienda Terza Ceduta, è l'azienda Cedente o Delegante del Prestito e corrisponde al datore di lavoro dell'Assicurato.

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

ART. 6 COME POTERSI ASSICURARE

Ai fini della validità del contratto il Contraente dovrà aver cura che l'Assicurato esprima il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, tramite la compilazione e sottoscrizione da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Proposta (anche nella parte del Modulo di Trattamento dei dati personali particolari).

L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Proposta e delle risposte fornite nel Questionario Medico Semplificato ovvero nel Rapporto di Visita Medica in funzione del montante assicurato e dell'età dell'Assicurato alla data di Decorrenza delle coperture, secondo lo schema sotto riportato.

MONTANTE ASSICURATO*	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 75.000,00	Questionario Medico Semplificato
Da 75.000,00	Rapporto di Visita Medica (RVM)**

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

** I costi della compilazione del Rapporto di Visita medica sono a carico dell'Assicurato.

In caso di risposte affermative al Questionario Medico Semplificato, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della corretta valutazione del rischio o di rifiutare la copertura, anche nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci, provvedendo a fornirne apposita comunicazione alla Contraente.

Le dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario sottoscritto sono considerate valide ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della già menzionata sottoscrizione. Qualora tale termine sia superato, l'Assicurato dovrà ripetere le formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora, tra il momento del rilascio e sottoscrizione delle stesse e la Data di Decorrenza, intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, il Contraente, qualora ne venga a conoscenza deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia, per il tramite del Partner Gestionale dell'Impresa, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario Sanitario ed eventualmente anche gli esami medici, ulteriori accertamenti diagnostici necessari per una corretta valutazione del rischio. Il costo degli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Assicurato.

Anche nei casi non espressamente previsti dal contratto, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Fermo le esclusioni al successivo Art. 21, la presente copertura assicurativa non opera qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto a patologie già diagnosticate e/o sottoposte a cure in epoca antecedente alla data di decorrenza del contratto assicurativo e delle quali l'Assicurato abbia sottaciuto l'esistenza in occasione della compilazione della modulistica relativa alla valutazione del suo stato di salute in fase assuntiva: in questo caso, la prestazione assicurativa verrà comunque corrisposta al Beneficiario, ma la Compagnia si riserva il diritto di agire in regresso nei confronti degli eredi dell'Assicurato per il recupero della somma pagata.

Ai fini dell'ottenimento della copertura la Contraente dovrà trasmettere alla Compagnia per il tramite del Partner Gestionale dell'Impresa, via canale di trasmissione specificamente concordato, il Modulo di Proposta a cui dovrà allegare anche la seguente documentazione:

- una copia di un documento d'identità e del codice fiscale dell'Assicurato in corso di validità al momento della richiesta del finanziamento;
- una copia del Permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo per i cittadini extra-comunitari;
- una copia del Modulo di Proposta compilato e sottoscritto dall'Assicurato anche nella parte del Modulo di Trattamento dei dati personali particolari;
- una copia del Questionario Medico Semplificato (QMS) compilato e sottoscritto dall'Assicurato ovvero una copia del Rapporto di Visita Medica (RVM) firmato dal medico curante;
- una copia delle ultime due buste paga dell'Assicurato;
- certificato di stipendio/attestato di servizio;
- estratti contributivi nei casi previsti indicato di seguito;
- una copia del piano di ammortamento originario del Prestito;
- qualora l'Assicurato risulti titolare di pensione di invalidità/inabilità in sede di istruttoria del prestito: verbale rilasciato dalla commissione medica INPS, senza omissis, con eventuale ulteriore documentazione recente relativa alla patologia, e/o disturbi, che hanno causato l'invalidità;
- qualsiasi altro documento concordato.

Gli estratti contributivi dovranno essere allegati al Modulo di Proposta:

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

- nel caso in cui l'Assicurato sia Militare o Medico Convenzionato e abbia un'età anagrafica pari o superiore a 50 anni alla data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza;
- in tutti gli altri casi, qualora l'Assicurato abbia un'età anagrafica pari o superiore a 55 anni alla data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

ART. 7 DURATA E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica, il Contratto di Assicurazione si conclude con la ricezione da parte dell'Assicurato, per il tramite del Contraente, del Certificato di Polizza col quale viene accettata la proposta di adesione alla Polizza Collettiva e viene indicata la data di decorrenza della copertura assicurativa. Il perfezionamento della Polizza è altresì subordinato:

- alla conclusione della Polizza Credito;
- al pagamento del Premio da parte della Contraente entro 90 giorni dalla data di emissione
- all'effettiva erogazione del Prestito da parte della Contraente entro 90 giorni dalla data di - emissione.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di prima erogazione del Prestito in garanzia (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) e rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Prestito a condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato, e cessa ad ogni modo nei casi previsti dall'art. 11 "Termine della copertura assicurativa".

La durata della copertura assicurativa Decesso, e quella del Contratto di Assicurazione è sempre pari alla durata del Prestito e deve essere compresa tra 24 mesi e 120 mesi.

In caso di ritardata erogazione del Finanziamento rispetto quanto indicato sul Modulo di Proposta e, per questo, di slittamento in avanti della data di inizio del piano di ammortamento rispetto a quanto indicato sul Certificato di Polizza, ferma la Data di Decorrenza, la copertura assicurativa potrà superare la scadenza originariamente determinata per un massimo di 90 giorni.

In caso di temporanea interruzione del diritto del Cedente/Delegante allo stipendio o di riduzione della quota ceduta di quest'ultimo, la copertura assicurativa potrà superare la scadenza originaria determinata per un massimo di 12 mesi al fine di assicurare le rate o frazioni di rate insolute.

In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento, anche nel caso in cui:

- la durata complessiva della copertura sia superiore a 120 mesi;
- l'Assicurato, nel periodo di estensione della validità della copertura, abbia superato i limiti di età stabiliti in relazione al momento di pagamento dell'ultima rata del piano di rimborso del Finanziamento.

ART. 8 PREMIO

Il premio è unico e anticipato e si ottiene moltiplicando il Montante lordo per il tasso individuato in base a parametri riferibili all'Assicurato alla Data di Decorrenza della Polizza. I tassi vengono allegati alla Polizza Collettiva sottoscritta dalla Contraente.

Sul premio unico gravano costi di spesa di acquisizione e gestione, pari al 32%, tali costi sono già inclusi nei tassi di premio e sono comprensivi della quota retrocessa al Distributore.

La Compagnia applica anche un costo di emissione pari ad € 20,00.

L'ammontare totale del Premio unico è indicato sul Certificato di Polizza.

Il Premio viene pagato dalla Contraente alla Compagnia con bonifico, per il tramite del Partner Gestionale dell'Impresa, il quale incassa per conto della Compagnia in forza del mandato all'incasso concessogli.

Se il premio non viene pagato, il Contratto di Assicurazione e la copertura assicurativa restano inefficaci.

ART. 9 OBBLIGO DI ASTENSIONE

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

ART. 10 TERMINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa ha termine:

- › in caso di decesso dell'Assicurato;
- › in caso di estinzione anticipata totale del Prestito;
- › in caso di accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro per insolvenza conseguente a perdita d'impiego relativo alla copertura assicurativa complementare prestata dalla Compagnia Danni;
- › alla data di cessazione, per qualsiasi causa, della copertura assicurativa complementare prestata dalla Compagnia Danni;
- › in caso di inesistenza o nullità del Prestito dalla data di emissione;

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

- › mancata erogazione del Prestito entro 90 (novanta) giorni dalla data di emissione;
- › in caso di mancato pagamento del Premio entro 90 (novanta) giorni dalla data di emissione;
- › raggiungimento dell'età massima alla scadenza, fatto salvo il superamento di tale scadenza, ai sensi e per gli effetti dell'art 7;
- › firme apocrife o falsificazione della documentazione per l'attivazione delle Coperture;
- › alla naturale scadenza del contratto di Prestito.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

ART. 11 ESTINZIONE ANTICIPATA DEL PRESTITO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE

In caso di anticipata estinzione totale del Prestito (non successiva alla liquidazione dell'indennizzo per Decesso), la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione totale del Prestito.

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

$$PR = \left\{ [PT \times \beta] \times \frac{D-t}{D} \right\} + \left[PT \times (1-\beta) \times \frac{(D-t+1) \times (D-t)}{D \times (D+1)} \right] - \epsilon$$

Dove:

PR = Premio rimborsato alla Contraente

PT = Premio pagato dalla Contraente al netto delle imposte e dei diritti

D = durata iniziale della copertura assicurativa

t = tempo trascorso alla data di richiesta di rimborso

β = percentuale dei costi della Compagnia, pari al 32%

ε = costi di operazione per la liquidazione, pari a € 20.00

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Premio pagato dalla Contraente al netto delle imposte e dei diritti (PT)	€ 83,37
Durata iniziale della copertura assicurativa (D)	72 mesi
percentuale dei costi della Compagnia (β)	32%
tempo trascorso alla data di richiesta di rimborso (t)	36 mesi
costi di operazione per la liquidazione (ε)	€ 20.00
Premio rimborsato alla Contraente (PR)	€ 7,71

Per la liquidazione la compagnia applica costi di operazione pari a € 20.00

ART. 12 BENEFICIARIO

Il Beneficiario della presente garanzia (ai sensi della Legge 180/50) è la Contraente, Ente Erogante, del Prestito. Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurato deve rilasciare, ai fini dell'art. 1919 C.C., una dichiarazione, contenuta nel Modulo delle dichiarazioni dell'Assicurato, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita. Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 13 IN CASO DI RIFIUTO DEL CAMBIO BENEFICIARIO DA PARTE DELLA COMPAGNIA, RESTA INTESO CHE LA COMPAGNIA LIQUIDERÀ LA PRESTAZIONE ALLA CONTRAENTE. DOVE VALE LA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 14 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto dagli aventi causa. Per i dettagli si rimanda al Capitolo IV.

ART. 15 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per la copertura assicurativa sulla vita (Decesso), i diritti si prescrivono nel termine ordinario di prescrizione di 10 anni, decorsi i quali le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore

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

dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

ART. 16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 17 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 18 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. 19 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 della Contraente o, se diverso, del luogo dove la Contraente ha eletto domicilio elettivo.

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 della Contraente.

CAPITOLO II

COPERTURA ASSICURATIVA – PRESTAZIONE ED INDENNIZZO



**DECESSO DA
INFORTUNIO E
MALATTIA**

ART. 20 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA

LA COMPAGNIA PRESTA LA PRESENTE COPERTURA SOLAMENTE IN ABBINAMENTO ALLA COPERTURA OFFERTA DALLA COMPAGNIA DANNI.

Rischio assicurato

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

Indennizzo

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario un indennizzo pari al Debito residuo in linea capitale alla data del verificarsi del Sinistro.

Per Debito residuo si intende la quota di montante lordo non corrisposto dall'Assicurato calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. Sono escluse dal Debito Residuo indennizzabile ai termini di polizza le rate non pagate per morosità.

In particolare, ai fini dello sviluppo del Conteggio estintivo, si terrà conto: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già corrisposte, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato, nonché di tutti i Costi Up-front e Recurring (costi fissi e ricorrenti), precisati nel contratto di Prestito.

Per montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.

Per la determinazione del Debito residuo tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

ART. 20.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI FORNITE DALLA POLIZZA COLETTIVA E DALLA POLIZZA CREDITO

La copertura assicurativa in caso di Decesso alla presente Polizza Collettiva e la garanzia prestata dalla Polizza Credito della Compagnia Danni, operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro.

L'indennizzo versato relativo alla presente Polizza Collettiva non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo alla Polizza Credito della Compagnia Danni e viceversa, e determina la cessazione delle coperture.

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

CAPITOLO III

ESCLUSIONI



ART. 21 ESCLUSIONI

La copertura Decesso, prevista dal presente contratto non è operante nei seguenti casi:

1. dolo della Contraente e/o dei suoi Dipendenti nonché degli Agenti in attività finanziaria e dei Mediatori creditizi che distribuiscono i prestiti erogati dalla Contraente;
2. se la Contraente o i suoi Dipendenti non sono autorizzati a svolgere la propria attività ai sensi di legge;
3. qualora i Contratti di Prestito siano stipulati a fronte di cessioni di quote di stipendio non consentite dalla Legge n. 180 del 1950 e successive modifiche ed integrazioni;
4. quando la documentazione o parte di essa risulti falsa o falsificata;
5. quando le firme apposte sui documenti contrattuali (finanziari e/o assicurativi) risultino apocrife;
6. quando il sinistro avvenga per partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, guerra dichiarata o non dichiarata;
7. qualora l'Assicurato risultato titolare di pensione di invalidità/inabilità in sede di istruttoria del prestito non abbia fornito, prima dell'inclusione in copertura, una copia del verbale rilasciato dalla commissione medica INPS, senza omissis, con eventuale ulteriore documentazione recente relativa alla patologia, e/o disturbi che hanno causato l'invalidità;
8. mancata erogazione del Prestito entro 90 giorni dalla data di emissione;
9. invalidità, inefficacia o inesistenza del contratto di Prestito;
10. suicidio dell'Assicurato, se avvenuto nei primi 12 mesi dalla data di effetto della copertura assicurativa;
11. adesione volontaria all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, n. 150, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo finanziario a garanzia pensionistica", all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232;
12. morosità costituita dal mancato o ritardato versamento delle quote, da parte del Ceduto/Delegato, a beneficio della Contraente per cause diverse da quelle elencate nell'articolo 7 "Durata e Decorrenza Della Copertura Assicurativa";
13. mancato rispetto, anche parziale, della procedura di attivazione della singola Copertura Assicurativa;
14. dolo del Cedente/Delegante;
15. di tutti i rischi nucleari e/o derivanti da contaminazioni biologiche e chimiche.

Sono fatti salvi i diritti previsti dalla normativa vigente in tema di rivalsa, nel caso di dolo da parte degli aventi causa.

CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 22 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 60 giorni dalla data in cui la Contraente ne viene a conoscenza. Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, devono essere inviate mediante apposita piattaforma informatica resa disponibile dal Partner Gestionale dell'impresa. Inoltre, è possibile richiedere ulteriori informazioni al seguente recapito:

CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia c/o HECA S.R.L. UNIPERSONALE
Ufficio Gestione Sinistri
Via Roma, 42/B - 66026 Ortona (CH)
sinistri.cqs@hecampa.it

Gli eredi dell'assicurato 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. 23 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

- a) DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:
- › fascicolo assuntivo completo;
 - › copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza) obbligatorio solo in caso di sinistri precoci (ossia occorsi entro 180 giorni dalla Data di Decorrenza) e di sinistri occorsi nei primi 12 mesi dalla data di effetto della copertura assicurativa;
 - › estratto di morte o atto integrale di morte o certificato di morte dell'Assicurato;
 - › copia del contratto di Prestito;
 - › conteggio estintivo del Prestito;
 - › Coordinate bancarie, complete di codice IBAN e intestatario della Banca Beneficiaria;
 - › le due buste paga inviate in fase di emissione;
 - › questionario sanitario firmato (Questionario Medico Semplificato ovvero Rapporto di Visita Medica);
 - › in caso di sinistri precoci (ossia occorsi entro 180 giorni dalla Data di Decorrenza) le contabili di erogazione del finanziamento, qualora il decesso sia antecedente o a ridosso della data di decorrenza, ed eventuale documentazione aggiuntiva;
 - › piano di ammortamento originale;
 - › atto di benessere rilasciato dall'ATC (qualora rilasciato);
 - › ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.
- b) La Contraente dovrà porre in atto entro 30 giorni dal momento in cui è venuta a conoscenza del decesso dell'Assicurato le azioni di reperimento della documentazione integrativa verso gli eredi/aventi diritto, mediante invio agli eredi/aventi diritto stessi di una raccomandata con ricevuta di ritorno nella quale viene richiesta la seguente documentazione integrativa:
- 1) Qualora il decesso sia determinato da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
 - 2) Qualora il decesso sia determinato da malattia:
 - › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso;
 - › Relazione del medico curante sulle cause del decesso (modulo "Integrazione al Questionario per il Medico di Medicina Generale");
 - › Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause.
 - 3) Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:
 - › Copia della cartella clinica.

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

- c) Inoltre, è richiesto alla Contraente di documentare tale tempestiva attivazione trasmettendo alla Compagnia una copia della lettera inviata agli eredi/aventi diritto, tramite raccomandata, e della relativa ricevuta di ritorno, ai recapiti indicati al precedente art.22.

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.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti ai punti a) e c) sopra elencati.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 24 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 25 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Al ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, la Compagnia provvederà a corrispondere le somme dovute, attraverso bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dal Beneficiario stesso, entro i termini ivi previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

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

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 1: RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

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

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

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1341 c.c. Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 c.c. Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1891 c.c. Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

1892 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del *contraente*, relative a circostanze tali che l'*assicuratore* non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il *contraente* ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al *contraente* di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al *premio* convenuto per il primo anno. Se il *sinistro* si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

1893 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il *contraente* ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'*assicurato* nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il *sinistro* si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il *premio* convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 c.c. Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al *rischio*, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

1899 c.c. Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita (c. 1919 ss.).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

1901 c.c. Mancato pagamento del premio

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

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

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

1913 c.c. **Avviso all'assicuratore in caso di sinistro**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

1915 c.c. **Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1913) o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).

1916 c.c. **Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SULLA VITA

1924 c.c. **Mancato pagamento del premio**

Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'articolo 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate. Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

1927 c.c. **Suicidio dell'assicurato**

In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi (1901, 1924), non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c. **Prescrizione in materia di assicurazione**

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

NORME IN TEMA DI ANTIRICICLAGGIO

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

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

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

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

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

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

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

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

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

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

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

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

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

i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

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

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

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

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

Titolare Effettivo (Rif. D.lgs. 231/07 s.m.i., art. 1, co 2, lett. pp)

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

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

- i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");
 - ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2");
 - iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,
 - che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o
 - a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");
- i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua un'operazione oppure il beneficiario siano:
- i. società, anche di persone,
 - ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero,
 - iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile.

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

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
 - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
 - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
 - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
5. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.

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

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del Codice Civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del Codice Civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

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

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

(omissis)

4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Fattispecie incriminatrice (Cfr. D.lgs. 231/07 come modificato dal D.lgs. 90/2017, art 55)

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

2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

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

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

**MODULO DI PROPOSTA POLIZZA COLLETTIVA TEMPORANEA CASO MORTE
ABBINATA A PRESTITO RIMBORSABILE CON CESSIONE DEL QUINTO DELLO STIPENDIO**
**Assicurazione contro il rischio di decesso dell'Assicurato/
Debitore ai sensi previsti dal DPR 180/50**
alla Polizza Collettiva N° 020000254/JECDQUPF01057 CNP QUINTO LIFE

A. DATI CONTRAENTE - ENTE EROGANTE - BENEFICIARIO

RAGIONE SOCIALE
COD.FISCALE/PARTITA IVA
INDIRIZZO
CITTÀ PROV. CAP
NAZIONE

B. DATI ASSICURATO/CEDENTE/DELEGANTE

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

C. DATI AMMINISTRAZIONE TERZA CEDUTA/DELEGATA

RAGIONE SOCIALE
COD.FISCALE/PARTITA IVA
INDIRIZZO CAP
CITTÀ PROV. NAZIONE
TIPO AMMINISTRAZIONE ATC
(Pubblico - Statale, para-pubblico, privato, para-subordinato):
DATA DI ASSUNZIONE

D. DATI DEL PRESTITO

NUM. PRATICA CESSIONE / DELEGA
DURATA mesi TAN DATA DI DECORRENZA:
MONTANTE € IMPORTO RATA MENSILE €
CAPITALE ASSICURATO €

E. DATI RELATIVI AL PREMIO

PREMIO UNICO LORDO* €

*Comprensivo di costi di emissione pari a 20€.

I costi compreso il pagamento del Premio sono sostenuti dal Contraente, ad esclusione dell'eventuale visita medica a carico dell'Assicurato, e sono rappresentati dalle seguenti voci:

- spese di emissione;
- caricamento espresso in percentuale pari al 32% sul premio unico, comprensivo della quota a favore dell'intermediario pari a 12% del premio pagato.

F. DICHIARAZIONI DELL' ASSICURATO/CEDENTE/DELEGANTE

Il Sottoscritto, avendo chiesto alla Contraente un Prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'art.1269 e 1723 Il comma del Codice Civile

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

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di dare il consenso, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1919 del Codice Civile, alla stipula di una copertura assicurativa per il caso di premorienza dell'Assicurato/Cedente/Delegante, a beneficio della Contraente e a garanzia dell'estinzione del suddetto contratto di Prestito, risultando pertanto terzo rispetto a tale copertura e soggetto mero portatore del rischio assicurato;
- che ha ricevuto per il tramite della Contraente, il Set Informativo contenente DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione, Fac-simile del Modulo di Proposta, Informativa sul trattamento dei dati personali;
- che la validità della presente Proposta è subordinata alla compilazione, sottoscrizione e consegna della eventuale documentazione di carattere sanitario richiesta dalla Compagnia e indispensabile alla preventiva valutazione del rischio (che resterà priva di qualsiasi effetto in caso di mancata erogazione del finanziamento);
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo, nel Questionario Medico Semplificato ovvero nel Rapporto Di Visita Medica, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- **di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono comportare la perdita del diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile;**
- **di poter richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio stato di salute, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a carico dell'Assicurato/Cedente/Delegante e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta;**
- che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non costituiscono né implicano la sottoscrizione, per lo stesso Assicurato/Cedente/Delegante, di alcun contratto di assicurazione e che, pertanto, dalle polizze stipulate della Contraente non derivano obblighi o diritti in capo al medesimo Assicurato/Cedente/Delegante;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Compagnia abbia necessità di rivolgersi, in ogni tempo, per informazioni;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata erogazione del Prestito richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;
- che la Compagnia potrà usufruire del diritto di surrogazione nei diritti della Contraente verso l'Assicurato/Cedente/Delegante in caso di liquidazione del debito residuo del finanziamento;
- di trattenere copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che le dichiarazioni contenute in tale documentazione saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della già menzionata sottoscrizione e che, diversamente, sarà tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del suo stato di salute;
- di fornire tempestiva comunicazione alla Compagnia, per il tramite della Contraente e direttamente, di eventuali nuovi fattori inerenti al proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Modulo e la data di erogazione del finanziamento, al fine di consentire alla Compagnia la corretta valutazione del rischio assicurato.

Data

Firma Assicurato/Cedente/Delegante



G. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI

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

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

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

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

Data

Firma Assicurato/Cedente/Delegante



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.

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

CNP ASSURANCES S.A., Compagnia Assicurativa operante in Italia in regime di stabilimento, con sede legale in via Arbe n.49, 20125 Milano, in qualità di Titolare del Trattamento (di seguito anche la **"Compagnia"**, la **"Società"**) tratta i Suoi Dati Personali per le finalità riportate nella Sezione 3 della presente informativa.

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

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

SEZIONE 3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

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

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

I Dati Personali saranno acquisiti direttamente da Lei, in qualità di Interessato, o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e saranno trattati dalla Compagnia nell'ambito delle finalità di seguito dettagliate.

Trattamento dei dati personali da parte dei dipendenti

Ai dipendenti è consentito l'accesso ai Suoi Dati Personali nella misura e nei limiti in cui esso è necessario per lo svolgimento delle attività di trattamento che La riguardano.

Categorie di Dati Personali

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

- › *Adempimento degli obblighi contrattuali e misure precontrattuali*

I Suoi Dati Personali saranno trattati con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione del contratto di assicurazione. I Suoi Dati Personali saranno trattati per la gestione e la liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Compagnia è autorizzata, ai sensi delle attuali disposizioni normative, nonché per fornirle servizi di assistenza sui servizi e sui prodotti offerti, in ragione degli obblighi in tal senso discendenti dal rapporto contrattuale instaurato. La base giuridica per queste finalità di Trattamento è data dalla necessità di dar seguito alle Sue richieste e di dare esecuzione al contratto di cui Lei è o sarà parte (art. 6.1.b del GDPR); non sarebbe possibile per il Titolare dare correttamente esecuzione a tale contratto senza utilizzare i Suoi Dati Personali. Per quanto riguarda il Trattamento di particolari categorie di Dati Personali, tra i quali dati sullo stato di salute, La informiamo che lo stesso avverrà solo con la base giuridica determinata dal Suo Consenso esplicito (art. 9 del

¹ I soggetti terzi, presso i quali i Suoi Dati Personali possono essere raccolti sono a titolo esemplificativo:

- l'Intermediario/il Distributore - familiari, eredi, conviventi e rappresentanti legali (es. tutori, curatori); - professionisti del settore sanitario; - elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale e/o europea (liste internazionali); - Autorità Giudiziarie e Forze di Polizia.

GDPR) con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione della polizza a cui ha aderito, quali l'attivazione della copertura, la raccolta premi, la trattazione dei reclami, la gestione e la liquidazione dei sinistri, attività di riassicurazione, assistenza sui servizi e sui prodotti oggetto di polizza.

› *Adempimento di obblighi Normativi/Legali*

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

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

› *Perseguimento del legittimo interesse del Titolare*

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

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

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

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

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

1. **Società controllate e collegate al Titolare**, residenti nella comunità europea.
2. **Soggetti del settore assicurativo**: (società, liberi professionisti, etc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; - agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo ivi compresa la posta elettronica); - società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; - società di servizi per il controllo delle frodi; - società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il Trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti; - società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari, che svolgono per conto del Titolare attività di consulenza e assistenza; - soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, etc.); - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
3. **Autorità**: (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc.) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa), Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine.
4. **Intermediari/Distributori**: (ad esempio Istituti di Credito). Tali soggetti, a seguito del parere del Garante per la protezione dei dati personali del 18/05/2022, relativo al ruolo soggettivo degli Istituti Finanziari e Creditizi che trattano dati personali dei clienti ai fini del collocamento di polizze assicurative, sono nominati Responsabili del Trattamento ex art. 28 del GDPR.

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

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

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

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

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

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

Il Trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei Dati stessi. Il Titolare verifica periodicamente gli strumenti mediante i quali i Suoi Dati vengono trattati e le misure di sicurezza per essi previste di cui prevedono l'aggiornamento costante; verificano, anche per il tramite dei soggetti autorizzati al trattamento, che non siano raccolti, trattati, archiviati o conservati Dati Personali di cui non sia necessario il trattamento; verificano che i Dati siano conservati con la garanzia di integrità e di autenticità e del loro uso per le finalità dei trattamenti effettivamente svolti. I Suoi Dati Personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui Lei è parte; ovvero per 24 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 – TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PARTICOLARI

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

SEZIONE 8 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto agli indirizzi e-mail: dpo.it@cnpitalia.it o a mezzo posta all'indirizzo di CNP Assurances S.A – Via Arbe, 49 - 20125, Milano. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa. Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese da CNP, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Compagnia potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste. La Compagnia si riserva la possibilità di richiedere ulteriori informazioni necessarie per confermare l'identità dell'Interessato, qualora sussistano ragionevoli dubbi circa l'identità della persona fisica che esercita i diritti di cui agli Artt. 15-22 del GDPR. La Compagnia risponderà alle Sue richieste entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse, tali tempistiche potranno arrivare ad un massimo di 45 giorni, qualora la richiesta sia particolarmente complessa, sempre nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa. La Compagnia La informerà di tale proroga e dei motivi del ritardo entro un mese dal ricevimento della richiesta.

Con riferimento ai Dati trattati, La Compagnia Le riconosce la possibilità di esercitare i seguenti diritti:

› **Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati, etc. Se richiesto, le Società Le potranno fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

› **Diritto di rettifica**

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

› **Diritto alla cancellazione**

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali qualora sussista uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, la non necessità dei Dati Personali rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il Consenso su cui si basa il Trattamento dei Suoi Dati Personali sia stato da Lei revocato e non sussista altro fondamento giuridico per il Trattamento. La informiamo che la Compagnia non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali qualora il Trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

› **Diritto di limitazione di Trattamento**

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali Le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

› **Diritto alla portabilità**

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul Consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà: - richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet); - trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società. Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò

sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

› **Diritto di opposizione**

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione). Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'Interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

› **Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali**

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali competente. Le modalità operative per effettuare il reclamo all'Autorità Garante sono dettagliatamente descritte sul sito internet: www.garanteprivacy.it

OGNI AGGIORNAMENTO DELLA PRESENTE INFORMATIVA LE SARÀ COMUNICATO TEMPESTIVAMENTE E MEDIANTE MEZZI CONGRUI. LA INFORMEREMO ANCHE QUALORA LA SOCIETÀ TRATTERÀ I DATI PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE QUI SPECIFICATE.



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES

Via Arbe 49
20125 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO

portafoglio.cqs@hecampa.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri.cqs@hecampa.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

