LEADER PROTETTO

COPERTURA **A**SSICURATIVA **M**ULTIRISCHI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO ANNUO CON TACITO RINNOVO
(COLLETTIVA N. 020000222/JRINCAGG06003)

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

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

POLIZZA FACOLTATIVA E NON CONNESSA AD ALCUN FINANZIAMENTO

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 04/2026

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

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

Caro Cliente,
LEADER PROTETTO è la Polizza pensata per la tutela della tua Azienda a seguito di eventi che colpiscono il Key Man e che possono compromettere la continuità del business; viene stipulata direttamente dal Contraente al fine di consentire all'Azienda che decide di aderirvi, di beneficiare delle Coperture assicurative in essa previste. Come specificato nel Set Informativo, anche qualora sia venduta contestualmente ad un Finanziamento, la Polizza ***è FACOLTATIVA e NON CONNESSA ad alcun Finanziamento****.*

In caso di premorienza e Invalidità Totale Permanente del Key Man, le coperture intervengono con il pagamento del capitale costante da te scelto, che potrà essere utilizzato per tutelare il business aziendale. A seguito di Inabilità Totale Temporanea del Key Man la copertura interviene con il pagamento di un indennizzo mensile predeterminato e da te scelto, sulla base delle tue richieste ed esigenze di tutela.

Il presente Set Informativo illustra le caratteristiche della Polizza sottoscritta.

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

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

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

Per ogni eventuale chiarimento ti invitiamo a prendere contatto con:

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

BOX DI CONSULTAZIONE

Questo è un box di consultazione.

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

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

CONTENUTI

DIP VITA

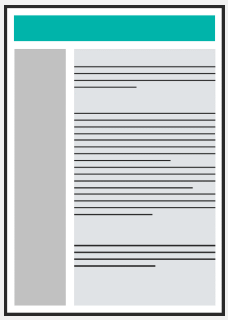
Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

DIP DANNI

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

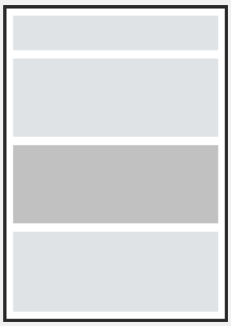
Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI
CAPITOLO II – COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI
CAPITOLO III – ESCLUSIONI
CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL
FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA E DI CONSENSO DELL'ASSICURATO
INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

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

Assicurazione Income Protection

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

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

Prodotto: Leader Protetto

Il presente DIP Vita è aggiornato a Aprile 2026 ed è l'ultima versione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

La garanzia vita Decesso, prevista dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alle garanzie danni, è dedicata alle Persone Giuridiche. Questa garanzia assicura il pagamento del capitale assicurato in caso di decesso del Key Man assicurato per qualunque causa.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

PACCHETTI A e B

- ✓ Decesso causato da Infortunio o Malattia.

La Compagnia corrisponderà al Beneficiario (Azienda Cliente) una somma pari al capitale assicurato scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.
In ogni caso la prestazione non potrà superare il capitale assicurato e non potrà comunque eccedere il massimale di €500.000.

Che cosa NON è assicurato?

Sono escluse dalla copertura assicurativa le Persone Giuridiche:

- ✕ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✕ con domicilio fiscale in paesi diversi dall'Italia.

Non sono assicurabili:

- ✕ i soggetti residenti in Paesi diversi dall'Italia; i soggetti con età inferiore a 18 anni;
- ✕ i soggetti con età superiore a 69 anni compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✕ i soggetti con età superiore a 70 anni compiuti a scadenza.

Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa opera in via alternativa e non è cumulabile con le Coperture assicurative danni.
La Compagnia limita la prestazione:

- ! al capitale assicurato, con un massimo di € 500.000 in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! il decesso (a seguito di Malattia) avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (Carenza).

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

- l'Aderente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Compagnia, per iscritto, la perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità intervenute eventualmente in corso di contratto;
- l'Aderente e/o l'Assicurato sono tenuti a presentare alla Compagnia, in caso di richiesta di liquidazione della prestazione, la documentazione utile alla valutazione del Sinistro nel Set Informativo.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo e anticipato, con possibilità di frazionamento semestrale (interessi pari al 1,5%) o mensile (interessi pari al 3,5%), e viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta.
Il Premio è determinato in relazione alle garanzie, alla loro durata e ammontare, all'età dell'Assicurato e al suo stato di salute.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha una durata annuale con tacito rinnovo.
Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con la ricezione della Lettera di Conferma, mentre la sua efficacia è subordinata al pagamento del Premio e all'esito favorevole delle verifiche previste dalla normativa in materia di Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali.

Le Coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Lettera di Conferma e cessano alle data di scadenza ivi indicato.

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

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

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione, entro 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative riportata nella Lettera di Conferma, recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza, oppure dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.

Il Contratto si risolve in caso di mancato pagamento del premio.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza non prevede riscatti e riduzioni.

Assicurazione Income Protection

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: CNP Assurances S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: Leader Protetto
Il presente DIP Danni è aggiornato a Aprile 2026

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

Che tipo di assicurazione è?

Le garanzie danni previste dalla presente Polizza Collettiva, congiuntamente alla garanzia vita Decesso, sono dedicate alle Persone Giuridiche. Le garanzie assicurano il pagamento del capitale assicurato ovvero di un indennizzo mensile nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca il Key Man assicurato.

Che cosa è assicurato?

Il Cliente può scegliere di acquistare uno dei seguenti Pacchetti:

PACCHETTO A
- ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (copertura assicurativa opzionale).

PACCHETTO B
- ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio;
- ✓ Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.

In caso di invalidità totale permanente, la Compagnia corrisponderà una somma pari al capitale assicurato scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. In ogni caso la prestazione non potrà superare il capitale assicurato e non potrà comunque eccedere il massimale di €500.000.

In caso di Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia corrisponderà una somma mensile pari all'importo scelto al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. In ogni caso l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di €1.500.

Che cosa NON è assicurato?

Sono escluse dalla copertura assicurativa le Persone Giuridiche:
- ✕ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✕ con domicilio fiscale in paesi diversi dall'Italia.

Non sono assicurabili:
- ✕ i soggetti residenti in paesi diversi dall'Italia;
- ✕ i soggetti con età inferiore a 18 anni;
- ✕ i soggetti con età superiore a 60 anni compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✕ i soggetti con età superiore a 70 anni compiuti a scadenza.

Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia limita la prestazione:
- ! al capitale assicurato, con un massimo di € 500.000, in caso di invalidità totale permanente;
- ! ad un massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 per l'intera durata contrattuale, ciascuna per un importo massimo pari a € 1.500 in caso di Inabilità Totale Temporanea.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:
- ! il grado di Invalidità Totale Permanente accertata è pari o inferiore al 65% come in Tabelle INAIL (Franchigia);
- ! la diagnosi (a seguito di Malattia) dell'Invalidità Totale Permanente avviene nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Polizza (Carenza);
- ! l'Inabilità Totale Temporanea da Malattia avviene e/o la Malattia che l'ha generata viene diagnosticata nei primi 60 giorni (Carenza) dalla decorrenza della Polizza e/o non perdura per almeno 30 giorni (Franchigia);
- ! l'Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni consecutivi un'attività lavorativa a seguito di una precedente Inabilità Totale Temporanea.

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

- l'Aderente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Compagnia, per iscritto, la perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità intervenute eventualmente in corso di contratto;
- l'Aderente e/o l'Assicurato sono tenuti a presentare alla Compagnia, in caso di richiesta di liquidazione della prestazione, la documentazione utile alla valutazione del Sinistro nel Set Informativo.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo e anticipato, con possibilità di frazionamento semestrale (interessi pari al 1,5%) o mensile (interessi pari al 3,5%), e viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dallo stesso alla Banca nel Modulo di Proposta.
Il Premio è determinato in relazione alle garanzie, alla loro durata e ammontare, all'età dell'Assicurato e al suo stato di salute.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha una durata annuale con tacito rinnovo.
Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con la ricezione della Lettera di Conferma, mentre la sua efficacia è subordinata al pagamento del Premio e all'esito favorevole delle verifiche previste dalla normativa in materia di Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali.

Le Coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Lettera di Conferma e cessano alle data di scadenza ivi indicato.

Come posso disdire la polizza?

Il Contratto di Assicurazione non prevede disdetta.

Assicurazione Income Protection

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

Prodotto: Leader Protetto

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è aggiornato a Aprile 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Aderente e l'Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alla Copertura Assicurativa, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente e l'Assicurato devono 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/acp).

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale della Compagnia: CNP Assurances S.A.: Patrimonio Netto =13 367 453 412.54 €; Risultato economico di periodo = 2 002 496 626.67€. Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari a 236%. La relazione di solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/investisseurs/resultats/resultats-et-donnees-financieres.

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

- Prestazione in caso di invalidità totale permanente

La garanzia Invalidità Totale Permanente prevede una prestazione pari al capitale assicurato scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, nel caso in cui venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente al Key Man assicurato di grado superiore al 65% (Tabelle INAIL) entro 2 anni dall'Infortunio ovvero dalla data di diagnosi della Malattia verificatesi durante il periodo contrattuale.

- Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea

La garanzia Inabilità Totale Temporanea prevede un indennizzo mensile, pari all'importo scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, che verrà liquidato ogni 30 giorni nel perdurare dello stato di Inabilità Totale Temporanea del Key Man assicurato.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Le coperture DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA non operano in caso di sinistri occorsi durante o in conseguenza dello svolgimento anche occasionale di un'attività professionale considerata pericolosa o di una delle seguenti attività sportive pericolose: Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo; Salti da trampolino con sci e idroscì; Sci nautico; Skiathlon; Bob (guidoslitta); Skeleton; Arrampicata; Bouldering; Scalata; Combinata nordica; Escursioni alpine > 3.000 metri, Skyrunning; Accesso ai ghiacciai; Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa; Speleologia; Sport aerei in genere; a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante; Immersioni subacquee; Caccia, Safari; Sport equestri; Tauromachia; Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore; Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa); Competizioni ciclistiche; Kickboxing, Pugilato, Savate e lotta nelle sue varie forme; Atletica pesante; Rugby e Football americano; Altri sport comunemente definiti "estremi".

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

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

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

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

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

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato alle Persone Giuridiche in possesso dei requisiti di adesione e che abbiano la necessità di tutelarsi nel caso in

cui uno degli eventi coperti colpisca l'Assicurato (Key Man) e metta a rischio la continuità del Business Aziendale.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio versato:

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	**Costi di emissione**	**Costi di frazionamento** (su premio netto annuo)	**Costi di intermediazione (provvigioni)**
• 15,80% per le garanzie Decesso e ITP • 18,80% per la garanzia ITT	Non previsti	Mensile: interessi pari al 3,5% Semestrale: interessi pari al 1,5%	Il 40% del premio (al netto delle imposte) è corrisposto all' intermediario per remunerare l'attività di distribuzione.

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, all'Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito: **CNP ASSURANCES S.A. -** Rappresentanza Generale per l'Italia ***Ufficio reclami* -** Via Arbe, 49 – 20125 Milano - reclami@cnpitalia.it La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: **IVASS**, Via del Quirinale 21, 00187 Roma - **Fax** 06 42 13 32 06 - **PEC**: **ivass@pec.ivass.it** - **Info** su **www.ivass.it** Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi all' **Autorità di Vigilanza Francese - ACPR** (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia: - **per posta** : Banque de France TSA 50120 - 75 035 Paris Cedex 01; - **online :** https://accueil.banque-france.fr/uti/#/accueil

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

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 o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://www.ec.europa.eu/fin-net). L'Assicurato potrà presentare reclamo al *Médiateur de l'Assurance* (TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09) e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi corrisposti dall'Aderente possono costituire costo deducibile dal reddito d'impresa, nei limiti in cui siano inerenti all'attività d'impresa, ai sensi dell'articolo 109 del TUIR. Le somme eventualmente erogate dalla Compagnia a favore dell'Aderente, nei limiti in cui siano inerenti all'attività d'impresa, possono costituire componenti positive di reddito, ai sensi degli artt. 85, 86, 88 del TUIR, e concorrere alla formazione del reddito d'impresa. È onere dell'Aderente verificare, in relazione al proprio regime contabile e fiscale, il corretto trattamento di premi e prestazioni, nonché assolvere agli obblighi dichiarativi tempo per tempo vigenti.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: www.cnpitalia.it
Certificazione della sussistenza dei	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia

requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	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, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

NORME CONTRATTUALI

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

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI ED INDENNIZZI

ART. 25 COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE 9
ART. 26 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA 9
ART. 27 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA 10
ART. 28 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE 11

ESCLUSIONI

ART. 29 ESCLUSIONI 12

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 30 DENUNCIA DEI SINISTRI 14
ART. 31 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO 14
ART. 32 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 15
ART. 33 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE 15

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

IMPORTANTI

- Polizza Collettiva: Il Contratto di Assicurazione stipulato tra il Contraente e la Compagnia, al quale possono chiedere di aderire i soggetti che possiedono i requisiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.
- Premio: L'importo richiesto all'Aderente quale corrispettivo per usufruire delle Coperture assicurative.
- Sinistro: Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale sono prestate le Coperture assicurative.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI

- Capitale assicurato: Il capitale costante scelto dall'Aderente e indicato nel Modulo di Proposta.
- Coperture assicurative: Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di un indennizzo al verificarsi del Sinistro.
- Decesso: La morte dell'Assicurato causato da Infortunio o Malattia.
- Inabilità Totale Temporanea (ITT): La perdita totale temporanea della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività (professione).
- Indennizzo: La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.
- Indennizzo mensile assicurato: L'indennizzo mensile scelto dall'Aderente e indicato nel Modulo di Proposta e di Consenso, dovuto dalla Compagnia in caso di Sinistro.
- Infortunio: L'evento dannoso dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

  Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di freddo, i colpi di sole o di calore, le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini, ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
- Invalidità Totale Permanente (ITP): La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia superiore al 65%. L'invalidità deve essere stata causata da una Malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

  Il grado di Invalidità Totale Permanente da Infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute (vedi Allegato "Tabella di valutazione medico legale INAIL"). Il grado di Invalidità Totale Permanente da Malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.
- Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

LIMITAZIONI

- Carenza: Il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di decorrenza delle Coperture assicurative durante il quale le stesse non sono operative.

  Se l'evento dannoso si verifica nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
- Esclusioni: I rischi esclusi o le limitazioni relativi alle Coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione.
- Età anagrafica: Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.
- 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.
- Franchigia relativa (per la sola garanzia ITP): la percentuale, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'assicurato. Non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia pari o inferiore all'importo corrispondente alla Franchigia. In caso di danno superiore alla Franchigia relativa, il risarcimento è integrale.
- Periodo di Franchigia assoluta: Il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta totalmente a carico dell'Aderente.
- Massimale: La somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Compagnia presta le Coperture assicurative.

- Periodo di riqualificazione: Il periodo di tempo successivo alla data di cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea per il quale sia stato liquidato un Sinistro, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa ai fini dell'indennizzabilità del Sinistro successivo.

SOGGETTI

- Aderente o Azienda Aderente: La Persona Giuridica con domicilio fiscale in Italia, che sottoscrive il Modulo di Proposta e paga il premio.
- Assicurato: La persona fisica residente in Italia che coincide con il soggetto designato dall'Aderente nel Modulo di Proposta e che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente. L'Assicurato viene definito anche come "Key Man".
- Beneficiario: L'Azienda Aderente che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia.
- Cliente: la Persona Giuridica definita anche Aderente;
- Compagnia: CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 – 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente stipula il Contratto di Assicurazione.
- Contraente: Banca di Asti S.p.A.; il Contraente viene definito anche come "Intermediario", "Distributore" o "Banca".
- IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti degli operatori del mercato assicurativo, a tutela del consumatore.
- Key Man: il soggetto che ricopre uno dei seguenti ruoli per l'Azienda Aderente: amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'Azienda Aderente (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'Azienda anche con un rapporto di consulenza). Nel caso di Ditta Individuale, il soggetto Assicurato può o meno coincidere con il titolare effettivo.

DOCUMENTI

- Condizioni di Assicurazione: L'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- Contratto di Assicurazione: Contratto mediante il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un Premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato.
- DIP Aggiuntivo Multirischi: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi.
- DIP Danni: Documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
- DIP Vita: Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- Lettera di Conferma: Il documento con cui la Compagnia accetta la proposta di Adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente.
- Modulo di Denuncia sinistri: È il documento che può essere utilizzato per la denuncia dei sinistri. In esso è contenuto l'elenco dei documenti da consegnare in fase di denuncia.
- Modulo di Proposta e di Consenso dell'Assicurato: È il documento con il quale l'Aderente richiede alla Compagnia di aderire alla Polizza Collettiva e l'Assicurato presta il proprio consenso per la validità del Contratto di Assicurazione.
- Set Informativo: Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente prima della sottoscrizione del Contratto. È composto dal DIP Vita, DIP Danni, dal DIP Aggiuntivo Multirischi, dalle Condizioni di Assicurazione, dall'Allegato "Tabella di Valutazione Medico Legale INAIL", dal Fac simile del Modulo di Proposta e di Consenso dell'assicurato, dall'informativa sul trattamento dei dati personali e dal Modulo di Denuncia sinistri.
- Questionario Medico Semplificato/Completo: Dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

FASI DEL CONTRATTO

- Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento: Il momento in cui l'Aderente riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.
- Data di decorrenza delle Coperture assicurative: Il momento dal quale le Coperture assicurative sono attivate, che coincide con le ore 24 del giorno di emissione della Lettera di Conferma.
- Durata del Contratto di Assicurazione: Il periodo di vigenza del Contratto di Assicurazione.
- Durata delle Coperture assicurative: Il periodo di vigenza delle Coperture assicurative. Coincide con la durata del Contratto di Assicurazione.
- Periodo di copertura: il periodo di tempo in cui le Coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo premio. Per esempio, nel caso di premio annuo con frazionamento di premio semestrale, il periodo coincide con il semestre per cui è stato pagato il Premio.

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI

COPERTURE ASSICURATIVE

DECESSO

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)

PREMESSA

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

AVVERTENZA: anche qualora sia venduta contestualmente ad una richiesta di Finanziamento, la Polizza è FACOLTATIVA e NON CONNESSA ad alcun Finanziamento. Tra la Polizza e il Finanziamento, pertanto, non vi è alcuna connessione funzionale; in caso di estinzione anticipata del Finanziamento, la Polizza proseguirà sino alla sua naturale scadenza e il Premio non verrà rimborsato

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

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

ART. 1. PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

A fronte dell'adesione e del pagamento del premio, la Compagnia garantisce all'Aderente, nei limiti delle condizioni di seguito descritte, le prestazioni previste dalle Coperture assicurative relative al Pacchetto assicurativo scelto.

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

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto A	KEY MAN	DECESSO Tutte cause	ITP da Infortunio e da Malattia	
Pacchetto B*	KEY MAN	DECESSO Tutte cause	ITP da Infortunio e da Malattia	ITT da Infortunio e da Malattia

*L'Aderente può scegliere l'acquisto del Pacchetto B solo in presenza di capitali assicurati per Decesso ed Invalidità Totale Permanente di importo superiore a € 50.000.

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

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

L'Aderente alle Coperture assicurative deve essere una Persona Giuridica che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

a. sia Cliente della Banca;
b. abbia domicilio fiscale in Italia.

Può essere designato Assicurato dall'Aderente la persona fisica che:

1. sia residente in Italia;
2. ricopra uno dei seguenti ruoli per l'Azienda Aderente: amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'Azienda Aderente (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'Azienda anche con un rapporto di consulenza). Nel caso di Ditta Individuale, il soggetto Assicurato può o meno coincidere con il titolare effettivo;
3. abbia sottoscritto il Modulo di Proposta e di Consenso dell'Assicurato nelle parti di propria competenza;
4. abbia un'età compresa tra i 18 anni e i 69 anni compiuti al momento della sottoscrizione;
5. abbia un'età non superiore a 70 anni compiuti a scadenza;
6. abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico Semplificato ovvero il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
7. non svolga una delle attività professionali pericolose non assicurabili riportate nell'elenco indicato all'ART.4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI".

I requisiti di adesione e assicurabilità di cui ai punti b), 1), 2), 7) che precedono devono essere mantenuti per tutta la durata contrattuale. Nel caso di perdita dei requisiti trova applicazione quanto previsto all'ART. 15.

ART. 3. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Aderente 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. Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze siano relative a circostanze tali, per le quali la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto di Assicurazione, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 4. ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI

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

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

In tal caso, le Coperture assicurative cesseranno e le Compagnie provvederanno a restituire la quota parte di Premio pagata e non goduta a partire dalla data di ricezione della comunicazione dell'Aderente/Assicurato, calcolata sulla base della formula indicata al successivo ART. 14.

ART. 5. CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta l'Aderente può scegliere tra una delle seguenti opzioni indicate nella tabella che segue:

› l'importo del capitale assicurato costante per le coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente;
› l'importo dell'indennizzo mensile costante per la copertura Inabilità Totale Temporanea.

	CAPITALE ASSICURATO In caso di decesso e invalidità totale permanente	INDENNIZZO MENSILE ASSICURATO In caso di Inabilità Totale Temporanea
OPZIONE 1	Da € 10.000 a € 50.000	Nessun indennizzo
OPZIONE 2	Da € 50.001 a € 500.000	€ 2.000 o € 3.000

COSA SI INTENDE PER CUMULO?
Per cumulo si intende la somma di tutti i capitali assicurati con la Compagnia.

ART. 6. CUMULO

Prima dell'accoglimento della richiesta di adesione, la Compagnia verificherà la presenza di eventuali ulteriori capitali assicurati per il rischio morte e invalidità totale permanente, per Aderente e Assicurato, presso la Compagnia medesima. Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Aderente e € 500.000 per Key Man, la Compagnia non accetterà il rischio.

ART. 7. COME POTERSI ASSICURARE

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

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

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

In presenza di risposte affermative al Questionario Medico Semplificato, è sempre prevista la compilazione del Questionario Medico Completo che verrà valutato dalla Compagnia.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario Medico Completo ed

eventualmente anche gli esami medici, ulteriori accertamenti diagnostici necessari per una corretta valutazione del rischio. Il costo degli accertamenti medici richiesti dalla Compagnia è sempre a totale carico dell'Aderente.

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

ART. 8. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica di cui all'ART. 7 e delle verifiche di cui all'ART. 6, il Contratto di Assicurazione si conclude con la ricezione da parte dell'Aderente della Lettera di Conferma della Compagnia con la quale viene accettata la proposta di adesione e viene indicata la data di decorrenza delle Coperture assicurative. L'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del Premio e all'esito positivo delle verifiche di cui all'ART. 12.

In caso di esito negativo della valutazione assuntiva medica e/o delle predette verifiche, le Coperture assicurative non saranno operanti e la Compagnia provvederà a fornire apposita comunicazione, sia all'Assicurato sia all'Azienda Aderente.

ART. 9. PREMIO

Il premio varia in funzione:

- dell'età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione;
- delle Coperture assicurative prestate;
- dell'ammontare degli importi assicurati.

Il premio è annuo, costante e anticipato, con possibilità di frazionamento mensile o semestrale. Il premio è comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alle coperture Invalidità Totale Permanente, e Inabilità Totale Temporanea.

In caso di scelta di frazionamento del premio, saranno applicati dalla Compagnia interessi di frazionamento pari al 3,5% se mensile, ovvero all'1,5% se semestrale. Tale interesse di frazionamento viene calcolato sul premio annuo da versare.

Sia il primo premio che quelli successivi vengono addebitati sul c/c dell'Aderente, in forza dell'autorizzazione conferita dall'Aderente stesso al Contraente, nel Modulo di Proposta. L'incasso di tali somme da parte del Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

Se il primo premio non viene pagato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma il Contratto di Assicurazione e le Coperture assicurative restano inefficaci.

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

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

ART. 9.1 SOSPENSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

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

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

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

Numero Verde 800 222 662
portafoglio@cnpitalia.it

In tal caso le Coperture assicurative riprenderanno efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento dei premi insoluti. I sinistri verificatisi prima del pagamento dei premi insoluti non saranno indennizzati.
I premi già corrisposti dall'Aderente/Assicurato rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

COSA SI INTENDE PER TACITO RINNOVO?
Si intende il rinnovo automatico delle Coperture assicurative, salvo il caso di disdetta da inviarsi nei termini indicati.

ART. 10. DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO

La polizza ha durata annuale con tacito rinnovo. In mancanza di disdetta da parte dell'Aderente o da parte della Compagnia da comunicarsi almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un ulteriore anno e così di seguito. L'Aderente può disdire il Contratto entro 60 giorni dalla scadenza annuale, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di disdetta deve essere indirizzata a:

In tal caso, la Polizza cessa la di avere efficacia al termine dell'annualità nel corso della quale è stata effettuata la disdetta.

ART. 11. DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di decorrenza evidenziato sulla Lettera di Conferma inviata all'Aderente, restando inteso che le stesse saranno efficaci, previo pagamento del Premio contrattualmente previsto e previo esito favorevole delle verifiche di cui all'ART. 12. La durata di tutte le Coperture assicurative è sempre pari alla durata del Contratto di Assicurazione.

ART. 12. OBBLIGO DI ASTENSIONE E CLAUSOLA SANCTION

Ove, prima dell'emissione della Polizza, in corso di contratto o in sede di pagamento della prestazione assicurativa, il soggetto sottoposto ad Adeguata Verifica della Clientela ai sensi di normativa e regolamentazione, non fornisca le informazioni o i documenti utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di Antiriciclaggio e Antiterrorismo, la Compagnia ai sensi dell'Art. 42 del D.lgs. n. 231/2007 e dell'Art. 42 del Regolamento IVASS 44/2019, si asterrà dall'instaurare il rapporto continuativo, dall'eseguire l'operazione, ovvero dall'effettuare modifiche contrattuali.
La Compagnia valuterà, ai fini dell'applicazione della normativa in materia di Antiriciclaggio e Antiterrorismo, le richieste di pagamento destinate a "Paesi o Territori a Rischio", cioè Paesi o territori extracomunitari, non cooperativi nello scambio di informazioni in materia Fiscale o non equivalenti ai sensi della suddetta normativa Antiriciclaggio e Antiterrorismo e non annoverati al decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 10 Aprile 2015 (incluse successive modifiche e integrazioni). La Compagnia non darà seguito alle richieste di pagamento verso "Paesi Terzi ad Alto Rischio", cioè Paesi o territori extracomunitari indicati da organismi internazionali, quali GAFI (Gruppo d'Azione Finanziaria) e Commissione UE, esposti a elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.
Resta inteso tra le parti che, la Compagnia non sarà tenuta a prestare Coperture assicurative, ad accettare o disporre pagamenti, a effettuare qualsiasi altra operazione prevista dalle Condizioni di Assicurazione, che possano comportare la violazione, da parte della Compagnia, di sanzioni, embarghi o qualsiasi altra misura restrittiva adottate da ONU (Nazioni Unite), UE (Unione Europea), Repubblica italiana, Repubblica francese, OFAC (Office of Foreign Assets Control) o che possano comunque esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione.

ART. 13. TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno termine:

- in caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- in caso di disdetta da parte dell'Azienda Aderente o da parte della Compagnia entro 60 dalla scadenza;
- in caso di mancato pagamento dei premi, trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza del premio non pagato;
- in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità dell'Aderente e/o dell'Assicurato;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di cessazione dell'Azienda Aderente;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.

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

ART. 14. DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

L'Aderente può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle Coperture assicurative indicata nella Lettera di Conferma, con le seguenti modalità:

› recandosi nella filiale presso la quale è stata sottoscritta la Polizza; oppure
› dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomanda a A/R o tramite e-mail contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurativa.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

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

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente la quota parte di premio pagato e non goduto al netto dell'imposta di legge calcolato a partire dalla data di

$$\textbf{Rimborso del premio} = \frac{P \times (N - K)}{N}$$

richiesta di recesso, sulla base della seguente formula:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione
N = durata della copertura assicurativa dell'ultima rata di premio pagata, espressa in giorni
K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni

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

ART. 15. PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ

ART. 15.1 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE DELL'ADERENTE
Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, venisse meno il requisito di adesione relativo al domicilio fiscale in Italia, l'Aderente dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R o e-mail, al seguente indirizzo:

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

La perdita del requisito del domicilio fiscale in stato italiano determina la risoluzione del Contratto di Assicurazione; la Compagnia non interverrà perciò in nessun caso di Sinistro.

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà ad estinguere il Contratto di Assicurazione e a rimborsare all'Aderente la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è avvenuto il trasferimento di domicilio nello stato estero, sulla base della formula indicata all'ART. 14.

ART. 15.2 PERDITA DEI REQUISITI DI ASSICURABILITÀ DEL KEY MAN
Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, il Key Man dovesse perdere i requisiti previsti dal Contratto di Assicurazione, (ricoprire per l'Azienda Aderente, il ruolo di amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale o figura con ruolo rilevante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza e/o essere residente in Italia e/o iniziare a svolgere una delle attività professionali pericolose non assicurabili indicate all'ART. 4) le garanzie cesseranno e le Coperture assicurative non interverranno in caso di Sinistro.
L'Aderente dovrà comunicare alla Compagnia la perdita dei suddetti requisiti con lettera raccomandata A/R o tramite e-mail al seguente indirizzo:

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

Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà ad estinguere il Contratto di Assicurazione e:

- In caso di perdita del ruolo di Key Man, a rimborsare all'Aderente la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito; nel caso di premio annuo, la Compagnia tratterrà il premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione;
- In caso di trasferimento dell'Assicurato in uno stato estero, a rimborsare all'Aderente la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale nella quale è avvenuto il trasferimento di residenza nello stato estero;
- In caso di inizio dello svolgimento di una delle attività professionali pericolose escluse, a rimborsare all'Aderente la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito.

Il rimborso verrà effettuato sulla base della formula riportata all'ART.14.

ART. 15.3 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ
Ai fini della liquidazione, la Compagnia effettuerà preventivamente controlli in merito alla permanenza dei requisiti di adesione e assicurabilità; qualora dovesse riscontrarne la mancanza, rifiuterà il Sinistro e procederà al rimborso del premio pagato e non goduto sulla base della formula indicata al precedente articolo ART. 14, anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la loro perdita.

ART. 16. BENEFICIARI

Il Beneficiario irrevocabile delle prestazioni garantite dal Contratto di Assicurazione è l'Azienda Aderente.

ART. 17. DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 29 punti 4 e 5, le Coperture assicurative Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale valgono in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

ART. 18. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

ART. 19. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 20. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Per la copertura assicurativa di ramo vita, i diritti si prescrivono nel termine ordinario di prescrizione di 10 anni, decorsi i quali le imprese di assicurazione sono tenute a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ai sensi della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le Coperture assicurative di ramo danni, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Tali condizioni sono previste dall'art. 2952 del c.c.

ART. 21. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 22. IMPOSTE E TASSE

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

ART. 23. CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 24. MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al Contratto di Assicurazione saranno devolute ad un tentativo obbligatorio di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione del luogo dove l'Aderente ha sede o, se diverso, del luogo dove l'Aderente ha eletto domicilio.

Per qualsiasi controversia giudiziale relativa o connessa al Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro in cui l'Aderente ha sede o del diverso domicilio elettivo dell'Aderente.

CAPITOLO II
COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

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

DECESSO, TUTTE CAUSE

ART. 25. COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE

Rischio assicurato

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

Indennizzo

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

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso è sottoposta ad un periodo di Carenza di 60 giorni se la morte è conseguente ad una Malattia: ciò significa che, in questo caso, qualora il decesso a seguito di Malattia avvenga entro 60 giorni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione, l'indennità non verrà corrisposta.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA IN CASO DI SINISTRO PER DECESSO

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DATA DI DECESSO (a seguito di Malattia)	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2026	30/01/2026	La Compagnia rifiuterà il Sinistro e non corrisponderà alcun indennizzo in quanto l'Assicurato è deceduto a seguito di Malattia nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza.
02/01/2026	05/03/2026	La Compagnia liquida il Sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto in quanto l'Assicurato è deceduto dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 23.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

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

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITP)

ART. 26. COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Rischio assicurato

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

Indennizzo

Nei casi in cui venga accertata un'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, di grado superiore al 65% (Tabelle INAIL), entro 2 anni dall'Infortunio o dalla data di diagnosi della Malattia verificatesi durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia garantisce la corresponsione al Beneficiario di una somma pari al capitale assicurato.

AVVERTENZA: qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennità sia stata liquidata, la Compagnia valuterà il Sinistro anche sulla base della documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi eventualmente fornita dagli Eredi.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario, l'Assicurato e/o di far effettuare

accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria a tal fine, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.
L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

QUAL È LA PERCENTUALE DI INVALIDITÀ CHE LA COMPAGNIA APPLICA?
La percentuale di invalidità è calcolata in base alla tabella INAIL riportata nell'Allegato 1 in fondo alle Condizioni di Assicurazione e potrebbe non coincidere con la percentuale riconosciuta da altri Enti che potrebbero utilizzare tabelle di calcolo differenti.

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione dell'indennizzo
Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente da Infortunio, si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che ha generato l'invalidità.

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

Come valutare il grado di Invalidità Totale Permanente da Malattia o Infortunio
Il grado di Invalidità Totale Permanente da Malattia viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D. Lgs. 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

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

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

Carenza
La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di Carenza di 60 giorni se l'Invalidità Totale Permanente è conseguente ad una Malattia: in questo caso, qualora la Malattia che ha generato l'invalidità venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione, l'indennità non verrà corrisposta.

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

DECORRENZA DEL CONTRATTO	DIAGNOSI DELLA MALATTIA	ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ	ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL SINISTRO
02/01/2026	30/01/2026	20/02/2026	La Compagnia rifiuterà il Sinistro e non corrisponderà alcun indennizzo, in quanto la Malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza, seppur l'accertamento sia successivo.
02/01/2026	05/04/2026	20/09/2026	La Compagnia liquida il Sinistro e corrisponderà l'indennizzo dovuto in quanto la Malattia che ha generato l'invalidità è stata diagnosticata dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 26.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI
Le Coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

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

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

ART. 27. COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA

INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITT)

Rischio assicurato
Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo III, il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia.

Indennizzo
In caso di Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia liquiderà mensilmente la corresponsione di una somma pari all'importo scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Decorso il periodo di Carenza contrattualmente previsto, nel caso di Sinistro dovuto a Malattia, l'indennizzo verrà corrisposto il primo giorno successivo al termine del periodo di Franchigia di 30 giorni e successivamente verrà liquidato ogni frazione di 30 giorni consecutivi nel perdurare dello stato di inabilità.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e. Qualora il Sinistro dovesse perdurare oltre la scadenza del Contratto di Assicurazione, la Compagnia continuerà ad erogare le prestazioni mensili dovute nel rispetto delle condizioni contrattuali e fino ad un massimo di 12 indennizzi mensili.

Carenza

La copertura assicurativa per Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un periodo di Carenza di 60 giorni se causata da Malattia. L'indennità non verrà corrisposta qualora l'inabilità da Malattia si verifichi e/o la Malattia che l'ha generata venga diagnosticata entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

Periodo di Franchigia

La copertura assicurativa per il caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia è sottoposta ad un periodo di Franchigia di 30 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità medicalmente accertata.

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente

un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di inabilità salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità, l'Assicurato abbia ripreso l'attività lavorativa per un periodo pari a 90 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA	
L'Aderente sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2026	
CASO 1	Viene denunciato un Sinistro da Malattia diagnosticata il 31/01/2026. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto la Malattia che ha generato l'inabilità è stata diagnosticata nei primi 60 giorni successivi alla data di decorrenza e il Sinistro risulta quindi essere in Carenza.
CASO 2	Viene denunciato un Sinistro da Malattia con primo giorno di Inabilità Totale Temporanea 30 giugno 2026, la cui durata è pari a 25 giorni. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto il periodo di inabilità ha avuto una durata inferiore a 30 giorni. Il Sinistro risulta quindi essere in Franchigia.
CASO 3	Viene denunciato un Sinistro da Malattia diagnosticata il 20 maggio con primo giorno di Inabilità Totale Temporanea 30 giugno 2026, la cui durata è pari a 45 giorni. La Compagnia liquiderà il Sinistro, in quanto il periodo di Inabilità Totale Temporanea si è verificato e la Malattia che ha generato l'Inabilità Totale Temporanea è stata diagnosticata successivamente ai primi 60 giorni dalla data di decorrenza (Carenza) e la durata del periodo di inabilità è superiore a 30 giorni (Franchigia). La prestazione sarà pari ad 1 indennizzo mensile, il cui importo è stato scelto al momento della sottoscrizione. L'Assicurato, al termine dei 45 giorni di Inabilità Totale Temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni e denuncia un secondo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea dovuta a stessa causa. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità per stessa causa, l'Assicurato non ha svolto per almeno 90 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 27.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

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

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di decesso ovvero di liquidazione di un Sinistro per invalidità totale permanente.

ART. 28. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	INDENIZZO ASSICURATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
DECESSO	compreso tra € 10.000 e € 500.000	==	==	60 giorni (solo per Malattia)	==
ITP			65% (relativa)	60 giorni (solo per Malattia)	==

ITT	==	compreso tra € 2.000/mese e € 3.000/mese	30 giorni (assoluta)	60 giorni (solo per Malattia)	90 giorni
*massimo12 indennizzi per ogni Sinistro					

CAPITOLO III
ESCLUSIONI

ART. 29. ESCLUSIONI

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

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
5. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it
   Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
6. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
7. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
8. dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
9. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
10. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
11. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
12. sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
13. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
14. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
15. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive e/o lavorative pericolose indicate ai successivi ART. 29.1 e ART. 29.2;
16. fatti conosciuti prima della stipula del contratto o è conseguenza diretta o indiretta di questi ultimi;
17. produzione e/o uso di esplosivi.

La copertura Decesso non è inoltre operante nel seguente caso:

18. suicidio e tentativi di suicidio avvenuti nei termini previsti dalla legge.

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

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

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

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

ART. 29.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE

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

ART. 29.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE

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

CAPITOLO IV
DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 30. DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

Le denunce di Sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione, riguardanti tutte le Coperture assicurative, devono essere inviate mediante posta al seguente recapito:

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

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

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

ART. 31. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

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

DECESSO

- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

Inoltre, se il Decesso è:

1) 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) determinato da malattia:
   - Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso;
   - Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause.
3) avvenuto all'ospedale:
   - Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause o copia della cartella clinica.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

- Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

Inoltre, se l'Invalidità Totale Permanente è:

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

INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA

- Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;

- Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal dipendente di azienda privata;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'evento, della carica del Key Man presso l'azienda.

Inoltre, se l'Inabilità Totale Temporanea è:

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

Per l'eventuale accredito delle prestazioni in seguito alla valutazione della documentazione, la Compagnia potrà altresì richiedere:

- Modulo di "Identificazione del Beneficiario" e, qualora richiesta dalla Compagnia, ulteriore documentazione identificativa, nel rispetto delle disposizioni in materia di Antiriciclaggio e Sanzioni Economiche,
- Coordinate bancarie.

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

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

AVVERTENZA: qualora l'Assicurato deceda prima che l'indennizzo sia stato liquidato per cause diverse da quella che ha generato l'inabilità, la Compagnia valuterà il Sinistro anche sulla base della documentazione idonea eventualmente fornita dagli Eredi.

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

AVVERTENZA: ove il Beneficiario non fornisca le informazioni utili a consentire alle Compagnie di adempiere ai propri obblighi in materia di adeguata verifica (capo I D.lgs. 231/2007 e capo III Regolamento 44/2019 IVASS), la stessa, ai sensi e per gli effetti degli art. 42 D.l.gs 231/2007 e art. 42 Regolamento 44/2019 IVASS, si astiene dall'eseguire l'operazione e valuta la condotta del Cliente ai fini della normativa applicabile.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 622

ART. 32. MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 33. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

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

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

MODULO DI PROPOSTA DELL'ADERENTE E DI CONSENSO DELL'ASSICURATO

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

LA PRESENTE POLIZZA COLLETTIVA È FACOLTATIVA E NON È CONNESSA AD ALCUN FINANZIAMENTO

PROPOSTA DI ADESIONE N°

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE

RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE | PARTITA IVA

FORMA GIURIDICA | REA

RAPPRESENTANTE LEGALE | C.F.

DOMICILIO FISCALE IN | CAP

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

CORRISPONDENZA

INDIRIZZO | CAP

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

TEL. | E-MAIL

B. DATI ASSICURATO

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE | NATO IL | SESSO

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

RESIDENTE IN | CAP

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

DOMICILIO IN | CAP

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

DOCUMENTO DI IDENTITÀ | N°

ENTE DI RILASCIO | EMISSIONE | SCADENZA

CITTÀ | PROV. | NAZIONE

TEL. | E-MAIL

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

FAC-SIMILE

PACCHETTO SOTTOSCRITTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <___>	☐ DECESSO tutte cause ☐ INVALIDITÀ TOTALE PERMENENTE da infortunio ☐ INVALIDITÀ TOTALE PERMENENTE da malattia ☐ INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e malattia

CAPITALE ASSICURATO _____ INDENNIZZO MENSILE ASSICURATO _____

DURATA DELLA POLIZZA: annuale con tacito rinnovo

D. DATI RELATIVI AL PREMIO

☐ Premio annuo

PREMIO ANNUO LORDO* _____ di cui imposte _____

COSTI COMPLESSIVI già compresi nel premio lordo _____ di cui importo percepito dalla rete di distribuzione _____

PERIODICITÀ DI PAGAMENTO _____

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

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

E. DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Dichiarazioni rese, per conto dell'Aderente, da parte del Rappresentante Legale o, comunque, da persona dotata dei necessari poteri di rappresentanza:

PRENDE ATTO

- che la Compagnia e il Contraente hanno concordato che la documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e di Consenso dell'Assicurato e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente;
- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione della stessa e del Questionario da parte del Key Man Assicurato;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a <__> giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio e all'esito favorevole delle verifiche in ambito della normativa Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali come da Condizioni di Assicurazione;
- che è possibile **recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative** (indicata nella Lettera di Conferma), ottenendo il rimborso totale del premio versato, al netto del costo di emissione e delle imposte versate, inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata a.r. indirizzata a CNP Assurances S.A., Via Arbe 49 – 20125 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- della seguente **AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione**.

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- che l'Azienda o la Ditta Individuale che il Rappresentante Legale (o la persona dotata dei necessari poteri di rappresentanza) rappresenta, ha domicilio fiscale in Italia;
- di voler aderire alla Polizza Collettiva in oggetto;
- **di aver compreso che la Polizza, pur essendo proposta da un istituto Finanziario ed eventualmente venduta contestualmente ad una richiesta di Finanziamento è FACOLTATIVA e NON CONNESSA ad alcun Finanziamento**. Tra la Polizza e il Finanziamento, pertanto, non vi è alcuna connessione funzionale; perciò, in caso di estinzione anticipata del Finanziamento, la Polizza proseguirà sino alla sua naturale scadenza e il premio non verrà rimborsato;

FAC SIMILE

- che tutte le informazioni da me fornite e contenute nella presente Proposta di Adesione, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte.

F. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

IBAN del Titolare del Conto Corrente

G. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Beneficiario delle prestazioni garantite dalla presente Polizza Collettiva è l'Aderente.

Data **Firma per l'Aderente**

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

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente dichiara:

- di aver RICEVUTO e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Vita, DIP Danni, DIP Aggiuntivo Multirischi, le Condizioni di Assicurazione il Fac-simile del Modulo di Proposta e di Consenso dell'Assicurato, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e il Modulo di Denuncia sinistri;
- di aver COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione contenute nella documentazione consegnata;
- di aver reso disponibile anche all'Assicurato il Set Informativo consegnatogli.

Data **Firma per l'Aderente**

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL C.C. L'ADERENTE/ASSICURATO DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 I REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI, ART. 10. DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E TACITO RINNOVO, ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 13 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 15 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ, ART. 23 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 25 COPERTURA DECESSO TUTTE CAUSE, ART. 26 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 27 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 29 ESCLUSIONI, ART. 29.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 29.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data **Firma per l'Aderente**

H. DICHIARAZIONI DI CONSENSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato:

PRESO ATTO

- che il Distributore ha sottoscritto con CNP Assurances S.A. la Polizza Collettiva sopra riportata per la copertura del Key Man (Assicurato) designato dall'Aderente che ha dichiarato di voler aderire a tale copertura;
- che l'Aderente ha designato il sottoscritto quale soggetto Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva;
- che la validità della proposta di adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico. CNP avrà facoltà di rifiutare, a propria discrezione, l'accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che il Set Informativo è stato consegnato all'Aderente e che il sottoscritto potrà richiedere allo stesso di prenderne visione;
- delle seguenti **AVVERTENZE: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico; b) prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a carico dell'Aderente; c) l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

FAC-SIMILE

DICHIARA

- di essere residente in Italia;
- di prestare il proprio consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla vita (art. 1919 del c.c.) attivata attraverso l'adesione del sopra indicato Aderente alla Polizza Collettiva;
- di ricoprire presso l'Azienda Aderente il ruolo di amministratore, socio, dirigente, titolare, rappresentante legale o figura con ruolo di rilievo per lo sviluppo economico dell'azienda stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'azienda anche con un rapporto di consulenza);
- di non esercitare una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbricante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbricante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbricante di armi; Operaio/addetto su piattaforme petrolifere; Sommozzatore; Speleologo; Addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi); Palombaro;
- che tutte le informazioni fornite nel Questionario Sanitario ovvero nel Questionario Medico, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- di prendere atto che Beneficiario delle prestazioni assicurative è lo stesso Aderente;
- di acconsentire ad essere designato dall'Aderente quale Assicurato nella presente Proposta di Adesione.

Data **Firma Assicurato**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI

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

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

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

☐ presto il consenso ☐ non presto il consenso

In caso di rifiuto o revoca non sarà possibile stipulare o dare esecuzione al contratto.

Data **Firma Assicurato**

AVVERTENZA: DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AI FINI DELL'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA:

Visura camerale con data di rilascio non anteriore a tre mesi alla data di sottoscrizione del presente Modulo, ovvero, per le Aziende o le Ditte Individuali esonerate dall'iscrizione nel Registro delle imprese, atto costitutivo, atto di nomina degli esponenti e statuto.

Questionario di Adeguata Verifica ai sensi del D.Lgs. 231/2007 con informazioni aggiornate sulla titolarità effettiva della persona non fisica (Cfr. art 22 D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.).

Documenti identificativi del Legale Rappresentante o, comunque, della persona dotata dei necessari poteri di rappresentanza e, se diversi, dei Titolari Effettivi.

FAC-SIMILE

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PERSONE FISICHE
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR)

Il Regolamento generale sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati 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 (di seguito "**Informativa**") è resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 (di seguito il "**Regolamento**" o "**GDPR**") per informarLa circa il trattamento dei Suoi dati personali (di seguito "**Dati Personali o "Dati**").

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

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

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

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

SEZIONE 3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

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

In particolare, la Compagnia potrebbe venire a conoscenza dei Suoi Dati Personali nell'ambito della gestione del Contratto di Assicurazione in qualità:

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

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

Categorie di Dati Personali

Fra i Dati Personali che CNP tratta rientrano, a titolo esemplificativo, i dati anagrafici, i dati di contatto, i dati fiscali, i dati derivanti dalla fruizione di servizi web e i dati derivanti dalle disposizioni di pagamento dei soggetti interessati dal Contratto di Assicurazione (ad esempio, Aderente, Assicurato, Beneficiari, Referenti terzi, familiari dei soggetti indicati o del richiedente il preventivo, danneggiati, terzi pagatori e/o eventuali loro legali rappresentanti). Tra i Dati Personali trattati potrebbero esservi anche i dati definiti particolari di cui alla Sezione 7 della presente Informativa. CNP potrà trattare dati giudiziari relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza a Lei eventualmente riferiti derivanti da determinati provvedimenti delle Autorità pubbliche o giudiziarie.

Con l'entrata in vigore della legge del 7 dicembre 2023 n. 193, che ha introdotto il "**diritto all'oblio oncologico**", CNP ha adottato opportuni presidi per garantire l'attuazione delle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.
Per ulteriori informazioni può fare riferimento a quanto indicato nel Set Informativo e al sito internet www.cnpitalia.it

Fonte, Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che La riguardano, da Lei comunicati al Titolare o raccolti presso soggetti terzi (in quest'ultimo caso previa verifica del

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

rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), saranno trattati dal Titolare nell'ambito della sua attività con le seguenti finalità e basi giuridiche:

- **a) Adempimento delle misure precontrattuali e contrattuali**
  I Suoi Dati Personali saranno trattati con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione del Contratto di Assicurazione. I Suoi Dati Personali saranno trattati per la gestione e la liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente 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 alle misure precontrattuali o al contratto 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. 9.2. a del GDPR) con la finalità di dare corso a tutte le attività precontrattuali e contrattuali conseguenti alla gestione della polizza a cui ha aderito, quali l'attivazione della copertura, la raccolta premi, la trattazione dei reclami, la gestione e la liquidazione dei sinistri, attività di riassicurazione, assistenza sui servizi e sui prodotti oggetto di polizza. La Compagnia tratterà dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al Contratto di Assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto all'indennizzo e/o alla prestazione nonché per gestire eventuali reclami.
- **b) Adempimento di obblighi Normativi e Legali**
  Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario ai fini dell'adempimento di obblighi previsti dalla normativa vigente/obblighi legali. Il trattamento dei Dati Personali è previsto, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa internazionale, europea, nazionale (norme primarie e secondarie) in ambito antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'Autorità di Vigilanza e controllo (ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale nonché in materia di sanzioni internazionali; la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso.
  La base giuridica relativa a questi trattamenti è quindi l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6.1.c del GDPR).
- **c) Perseguimento del legittimo interesse del Titolare**
  Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario per la finalità di perseguire un legittimo interesse della Società, ossia:
  - per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
  - per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un Contratto di Assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
  - per difendere i diritti delle Società in sede giudiziale e stragiudiziale in caso di violazioni contrattuali ed extracontrattuali a danno del Titolare del trattamento;
  - per finalità di sicurezza informatica, al fine di garantire la sicurezza delle reti ed evitare la compromissione della disponibilità, dell'autenticità, dell'integrità e della riservatezza dei Dati Personali conservati o trasmessi;
  - per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali. La base giuridica per questa finalità di trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare (art. 6.1.f del GDPR).

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

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

1. **Società controllanti, controllate e collegate ai Titolare**, residenti nella comunità europea.
2. **Soggetti del settore assicurativo e diversi:** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; mediatori di assicurazione e di riassicurazione, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione elencati al punto 4, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo ivi compresa la posta elettronica); - società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; - società di servizi per il controllo delle frodi; - società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti; - società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari, che svolgono per conto del Titolare attività di consulenza e assistenza; - soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (*help desk, call center,* etc.); - società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale o da stipulare, compresi i servizi di fornitura della

Firma elettronica (ad es. FEA) - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

3. **Autorità**: giudiziaria, amministrativa e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa), Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine.
4. **Intermediari**: Istituti finanziari e di credito, Banche, Agenti, Subagenti, Brokers ed ogni altro canale di distribuzione assicurativa.

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

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

L'elenco aggiornato dei soggetti individuati come Titolari e Responsabili è disponibile, su richiesta.

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

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

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

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

Il Titolare verifica periodicamente gli strumenti e le misure di sicurezza adottate, assicurandone l'aggiornamento. Si assicura, anche tramite soggetti autorizzati, che vengano trattati solo i dati personali necessari e che questi siano conservati in modo da garantirne riservatezza, integrità e disponibilità in conformità alle finalità previste

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, al fine di dare esecuzione a quanto previsto dal Contratto di Assicurazione, tratterà categorie particolari di Dati Personali con riferimento 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 particolari, Le sarà richiesto il consenso esplicito così come previsto dalle disposizioni regolamentari. In caso di rifiuto o revoca non sarà possibile stipulare o dare esecuzione al contratto.

SEZIONE 8 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta al Titolare e/o al DPO agli indirizzi elencati in Sezione 1e 2 e nel Set Informativo.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese da CNP, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, CNP potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

La Compagnia si riserva la possibilità di richiedere ulteriori informazioni necessarie per confermare l'identità dell'Interessato, qualora sussistano ragionevoli dubbi circa l'identità della persona fisica che esercita i diritti di cui agli Artt. 15-22 del GDPR. La Compagnia riscontrerà alle Sue richieste entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse, tali tempistiche potranno arrivare ad un massimo di 45 giorni, qualora la richiesta sia particolarmente complessa, sempre nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa. La Compagnia La informerà di tale proroga e dei motivi del ritardo entro un mese dal ricevimento della richiesta.

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

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

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

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

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI
AD USO FACOLTATIVO

Spett. CNP ASSURANCES S.A.
– CNP Caution S.A
Ufficio Gestione Sinistri
Via Arbe, 49
20125 Milano (MI)
Email:sinistri@cnpitalia.it

Il presente modulo è ad uso facoltativo ed è stato redatto al solo scopo di facilitare gli utenti del Servizio Clienti nella presentazione delle notifiche di Sinistro. La notifica di Sinistro potrà essere inoltrata alla Compagnia anche con comunicazione libera da parte degli interessati.
Per gestire la pratica di Sinistro e identificare l'interessato denunciante, la Compagnia richiede la trasmissione di un documento identificativo in corso di validità, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Nel caso in cui la richiesta sia presentata da un soggetto diverso dall'Assicurato e/o dall'Aderente, occorre indicarne il grado di legittimazione (es: delega in qualità di beneficiario, erede, rappresentante legale, ecc...) e allegare la documentazione giustificativa (es: dichiarazione sostitutiva o atto notorio). In caso di assistenza legale, è richiesta copia del mandato conferito.
La documentazione necessaria varia a seconda del prodotto assicurativo e relative garanzie sottoscritte.

Io sottoscritto _____ in qualità di: _____

☐ Beneficiario
☐ Assicurato

presento la seguente denuncia di Sinistro relativa alla

Polizza Collettiva n° _____ Proposta di Adesione n° _____

DATI DELL'ADERENTE

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

*da compilare solo in caso di Aderente Persona Giuridica

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

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

ISTRUZIONI

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

☐ **DECESSO**

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

Inoltre, se il Decesso è:

1) 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);

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

› Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

2) <u>determinato da malattia:</u>
   › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato il decesso;
   › Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause.
3) <u>avvenuto all'ospedale:</u>
   › Copia della cartella clinica.

☐ **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**

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

<u>Inoltre, se l'Invalidità Totale Permanente è:</u>

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

☐ **INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**

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

<u>Inoltre, se l'Inabilità Totale Temporanea è:</u>

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

☐ **PERDITA D'IMPIEGO**

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

<u>Inoltre, nel caso di dimissioni per giusta causa</u>:

› Copia del pagamento dell'indennità di disoccupazione;
› Copia della lettera di dimissioni.

Per l'eventuale accredito delle prestazioni in seguito alla valutazione della documentazione, la Compagnia potrà a richiedere:

- Modulo di "Identificazione del Beneficiario" e, qualora richiesta dalla Compagnia, ulteriore documentaz identificativa, nel rispetto delle disposizioni in materia di Antiriciclaggio e Sanzioni Economiche,
- Coordinate bancarie.

Nome e Cognome/Ragione Sociale del Beneficiario _____

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data **L'Assicurato o il Beneficiario**

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES S.A.
Via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.cnpitalia.it
info@cnpitalia.it
800 222 662

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