



FINANZIAMENTO PROTETTO BUSINESS PIÙ

**COPERTURA ASSICURATIVA MULTIRISCHI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO
(COLLETTIVA N. 020000252/JMCPUIUGG07003)**

CONTRATTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA
DEL TAVOLO TECNICO ANIA “**CONTRATTI
CHIARI E COMPRESIBILI**”

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

POLIZZA FACOLTATIVA

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 04/2026



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Finanziamento Protetto Business Più è la **POLIZZA ABBINABILE AL FINANZIAMENTO**, pensata per la tutela dell'Azienda in caso di eventi che colpiscono il Key Man e che possono compromettere la continuità del business e la capacità di estinguere il debito con la Banca; viene stipulata direttamente dalla Banca stessa in qualità di Contraente al fine di consentire ai propri Clienti che decidono di aderirvi, di beneficiare delle Coperture assicurative in essa previste. Come specificato nel Set Informativo, la Polizza è **FACOLTATIVA e NON NECESSARIA ai fini della concessione del Finanziamento stesso, anche a diverse condizioni.**

In caso di premorienza e Invalidità Totale Permanente del Key Man, le Coperture assicurative intervengono con il pagamento del debito residuo del Finanziamento. A seguito di Inabilità Totale Temporanea del Key Man, la copertura assicurativa interviene con il pagamento delle rate del Finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità.

Il presente SET Informativo illustra le caratteristiche della Polizza sottoscritta.

La comprensione dei contenuti è ora resa più agevole grazie ai Documenti Informativi Precontrattuali denominati "**DIP**" e "**DIP aggiuntivo**", i quali espongono in maniera sintetica le Coperture assicurative 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



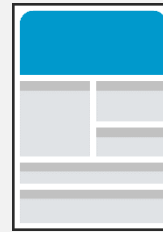
DIP VITA

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



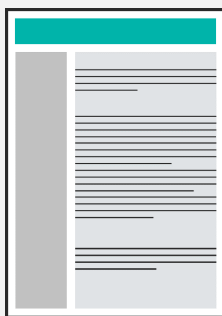
DIP DANNI

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo



DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

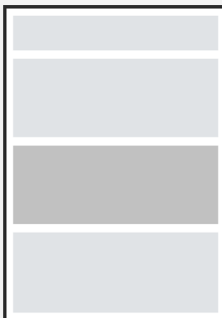
CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

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

CAPITOLO III – MODULO INFORTUNI (PACCHETTI C, D) COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI

CAPITOLO IV – ESCLUSIONI

CAPITOLO V – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

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 DELL'ASSICURATO E LETTERA DI CONFERMA), VERRANNO CONSEGNATE ALL'ADERENTE E ALL'ASSICURATO, COME CONCORDATO TRA LA COMPAGNIA E IL CONTRAENTE.

Assicurazione CPI Finanziamenti Business

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: Finanziamento Protetto Business Più

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 ed è abbinabile a Finanziamenti di durata fissa di nuova erogazione con preammortamento della durata massima di 24 mesi. La copertura assicura il pagamento del debito residuo del Finanziamento stipulato con la Banca in caso di premorienza del Key Man assicurato.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA - PACCHETTI A e B

✓ Decesso causato da infortunio o malattia.

La Compagnia al Beneficiario (Azienda Aderente) corrisponderà una somma pari al debito residuo in linea capitale, escludendo eventuali rate insolute scadute prima dell'evento.

In ogni caso la prestazione non potrà superare il capitale assicurato e non potrà comunque eccedere il massimale di €1.000.000.



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 65 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, e con età superiore a 75 anni a scadenza in caso di sottoscrizione dei pacchetti A, B (MODULO INFORTUNI E MALATTIA).



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa presente non è cumulabile con le Coperture assicurative danni e opera in via alternativa rispetto a queste ultime.

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al debito residuo, con un massimo di € 1.000.000 per singolo Assicurato, in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! 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.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente



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 unico e finanziato dal Contraente e viene aggiunto all'importo richiesto con il Finanziamento.

Il Premio 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.

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 durata del Contratto di Assicurazione è compresa tra 1 anno (12 mesi) e 25 anni (300 mesi) ed è pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente.

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.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La polizza non prevede riscatti e riduzioni.

Assicurazione CPI Finanziamenti Business

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

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

Prodotto: Finanziamento Protetto Business Più

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 e sono abbinabili a Finanziamenti di durata fissa di nuova erogazione con preammortamento della durata massima di 24 mesi. Le coperture assicurano il pagamento del debito residuo ovvero delle rate del Finanziamento stipulato con la Banca nel caso in cui uno degli eventi coperti colpisca il Key Man assicurato.



Che cosa è assicurato?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA

Il Cliente, congiuntamente alla garanzia Decesso da infortunio e malattia, può acquistare uno dei seguenti pacchetti:

PACCHETTO A

✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (copertura assicurativa opzionale).

PACCHETTO B

✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia;
✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio e malattia.

Se il Cliente non supera la valutazione medica necessaria per attivare i pacchetti INFORTUNI E MALATTIA, può richiedere in fase assuntiva di attivare in alternativa i pacchetti del MODULO INFORTUNI di seguito indicati:

MODULO INFORTUNI

PACCHETTO C

✓ Decesso da infortunio
✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio (copertura assicurativa opzionale)

PACCHETTO D

✓ Decesso da infortunio
✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio;
✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio

In caso di decesso da infortunio o invalidità totale permanente, la Compagnia corrisponderà una somma pari al debito residuo in linea capitale, escludendo eventuali rate insolite scadute prima dell'evento. In ogni caso la prestazione non potrà superare il capitale assicurato e non potrà comunque eccedere il massimale di €1.000.000.

In caso di inabilità totale temporanea, la Compagnia corrisponderà un indennizzo pari alle rate in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea. In ogni caso l'Indennizzo non potrà eccedere il massimale di €2.500.



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;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 65 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 70 anni (75 anni in caso di decesso) a scadenza, in caso di sottoscrizione dei pacchetti A o B;
- ✗ con età superiore a 73 anni al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e con età superiore a 74 anni (78 anni in caso di decesso) a scadenza, in caso di sottoscrizione dei pacchetti C e D.



Ci sono limiti di copertura?

Le Coperture assicurative operano in via alternativa e non sono cumulabili.

La Compagnia limita la prestazione:

- ! al debito residuo, con un massimo di € 1.000.000 per singolo Assicurato, in caso di Invalidità Totale Permanente;
- ! ad un massimo di 12 rate mensili per sinistro e 36 rate per l'intera durata contrattuale, ciascuna per un importo massimo pari a € 2.500 e per singolo Assicurato 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) in caso di sottoscrizione dei pacchetti A o B ovvero pari o inferiore al 59% (Tabelle INAIL), in caso di sottoscrizione dei pacchetti C o D;
- ! la diagnosi (a seguito di malattia) dell'Invalidità Totale Permanente avviene nei primi 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza);
- ! l'Inabilità Totale Temporanea da malattia avviene e/o la malattia che l'ha generata viene diagnosticata nei primi 60 giorni (Carenza) dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative e/o non perdura per almeno 30 giorni (franchigia);

! L'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi un'attività lavorativa a seguito di una precedente Inabilità Totale Temporanea dovuta a stessa

causa ovvero 30 giorni in caso di causa differente, per la quale la Compagnia abbia già rimborsato una o più rate del Finanziamento.



Dove vale la copertura?

✓ Le Coperture assicurative valgono 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.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e finanziato dal Contraente e viene aggiunto all'importo richiesto con il Finanziamento.

In caso di durata del Contratto di Assicurazione superiore a 120 mesi, decorso tale termine, il premio relativo alla copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea (qualora prevista dal pacchetto sottoscritto), verrà corrisposto annualmente fino alla scadenza del contratto salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente.

Il Premio 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 durata del Contratto di Assicurazione è compresa tra 1 anno (12 mesi) e 25 anni (300 mesi) ed è pari alla durata/durata residua del Finanziamento sottoscritto dall'Aderente.

Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con la ricezione della Lettera di Conferma, l'efficacia dello stesso 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.

In caso di durata superiore a 120 mesi, la copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea ha sempre una durata iniziale pari a 120 mesi e si rinnova tacitamente al termine di tale periodo, annualmente o per un periodo inferiore in caso di durata residua del Finanziamento minore di 12 mesi, fino alla scadenza del contratto di assicurazione, salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente.



Come posso disdire la polizza?

Solo in caso di durata della Polizza superiore a 120 mesi e decorso tale termine, l'Aderente può disdire la sola copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea (qualora prevista dal Pacchetto sottoscritto) inviando comunicazione alla Compagnia entro 60 giorni dalla scadenza del 10° anno di copertura ovvero entro 60 giorni dalle successive scadenze annuali, a mezzo posta elettronica oppure lettera raccomandata A/R.

Assicurazione CPI Finanziamenti Business

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



Prodotto: Finanziamento Protetto Business Più

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è aggiornato a Aprile 2026

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. Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia, sita in Via Arbe, 49; 20125; Milano, Italia. CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. I.00048. La Compagnia è ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento ed è soggetta alla vigilanza prudenziale di ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - sito internet: www.banque-france.fr/acpr).

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA (PACCHETTI A, B)

- Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente

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

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Finanziamento alla data dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente.

- Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea

La copertura Inabilità Totale Permanente prevede un Indennizzo pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo Assicurato;
- nel periodo di ammortamento: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo Assicurato.

MODULO INFORTUNI (PACCHETTI C, D)

- Prestazione in caso di Decesso da infortunio:

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

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Finanziamento al momento del decesso.
- Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio:

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

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Finanziamento alla data dell'infortunio che ha generato l'invalidità totale permanente.
- Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio:

La copertura Inabilità Totale Permanente prevede un Indennizzo pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo Assicurato;
- nel periodo di ammortamento: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono considerate attività professionali pericolose le seguenti:

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; Fabbriante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbriante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbriante 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 idrosci, 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, lotta nelle sue varie forme, Atletica pesante, Rugby e Football americano; Altri sport comunemente definiti "estremi".

LE COPERTURE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE E INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA 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.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- 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'Aderente, 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;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- 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.

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

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

LA COPERTURA 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.



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 compromettendo la capacità di provvedere al completamento del piano di rimborso previsto dal Finanziamento.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio versato:

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	Costi di emissione	Costi di intermediazione (provvigioni)
<ul style="list-style-type: none"> • 13,79% per le garanzie Decesso e ITP • 15,82% per la garanzia ITT 	€75	il 40,50% del premio (al netto delle imposte) è corrisposto all'intermediario per remunerare l'attività di distribuzione.

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, all'Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">CNP ASSURANCES S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio reclami - Via Arbe, 49 – 20125 Milano - reclami@cnpitalia.it</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;">IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it</p> <p>Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi all' Autorità di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per posta : Banque de France TSA 50120 - 75 035 Paris Cedex 01; - online: https://accueil.banque-france.fr/uti/#/accueil

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

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

Negoziatore assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://www.ec.europa.eu/fin-net). L'Assicurato potrà presentare reclamo al <i>Médiateur de l'Assurance</i> (TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09) e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org .
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	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 requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	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 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

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

ART. 1	PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI.....	4
ART. 2	REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ)	5
ART. 3	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	5
ART. 4	ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI	5
ART. 5	CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI	6
ART. 6	CUMULO.....	6
ART. 7	COME POTERSI ASSICURARE.....	6
ART. 8	CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	6
ART. 9	PREMIO.....	7
ART. 10	DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	7
ART. 11	DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	7
ART. 12	TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE	7
ART. 13	OBBLIGO DI ASTENSIONE E CLAUSOLA SANCTION	8
ART. 14	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)	8
ART. 15	DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE IN CORSO DI CONTRATTO	8
ART. 16	PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ.....	8
ART. 17	ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO .	9
ART. 18	ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO.....	10
ART. 19	DISDETTA	11
ART. 20	BENEFICIARI	11
ART. 21	DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE	11
ART. 22	DENUNCIA DEL SINISTRO	11
ART. 23	RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE.....	11
ART. 24	PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	11
ART. 25	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	11
ART. 26	IMPOSTE E TASSE	11
ART. 27	CLAUSOLA LIBERATORIA	11
ART. 28	MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE	12

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI MODULO INFORTUNI E MALATTIA

ART. 29	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA.....	13
ART. 30	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA.....	14
ART. 31	COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA.....	15
ART. 32	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	16

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI MODULO INFORTUNI

ART. 33	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO.....	17
ART. 34	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	17
ART. 35	COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO	19
ART. 36	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	20

ESCLUSIONI

ART. 37	ESCLUSIONI	21
---------	------------------	----

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 38	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	23
ART. 39	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO.....	23
ART. 40	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	24
ART. 41	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	24

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

IMPORTANTI



- > **Ammortamento:** Periodo del piano di rimborso che prevede il pagamento di rate composte dalla quota interessi e dalla quota capitale.
- > **Contratto di Finanziamento:** Il contratto rientrante nell'ambito dei Finanziamenti Business stipulato tra il Contraente e l'Aderente.
- > **Piano di ammortamento:** Piano di rimborso rateale del Finanziamento sottoscritto con la Banca al quale vengono abbinate le Coperture assicurative.
- > **Polizza Collettiva:** Il Contratto di Assicurazione stipulato tra la Contraente e la Compagnia, al quale possono chiedere di aderire i soggetti che possiedono i requisiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.
- > **Preammortamento:** Periodo del piano di rimborso che prevede il pagamento di rate composte dalla sola quota interessi.
- > **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 indicato nel Modulo di Proposta composto dalla somma dell'importo assicurato richiesto e il premio di polizza.
- > **Coperture assicurative:** Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di una prestazione o un Indennizzo al verificarsi del Sinistro.
- > **Debito residuo:** Debito in linea capitale del Finanziamento risultante alla data del Sinistro.
- > **Decesso:** La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- > **Importo assicurato richiesto:** importo scelto dall'Aderente sul quale verrà calcolato il Premio.
- > **Importo Erogato:** Ammontare del Finanziamento riconosciuto dal Contraente. È pari all'importo del finanziamento richiesto e del premio di polizza.
- > **Importo finanziamento richiesto:** Ammontare del Finanziamento richiesto dall'Aderente/Assicurato al Contraente.
- > **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.
- > **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 livello minimo previsto in relazione agli aspecifici moduli attivati (franchigia). L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Il grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute (vedi Allegato "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

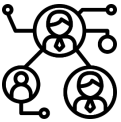


- > **Carenza:** Il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione durante il quale le Coperture assicurative non sono operative.
Se l'evento dannoso si verifica nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione o l'Indennizzo.
- > **Esclusioni:** I rischi esclusi o le limitazioni relativi alle Coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo IV delle Condizioni di Assicurazione.
- > **Età anagrafica:** Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.

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

- › **Età assicurativa:** Età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.
- › **Periodo di franchigia assoluta:** Il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita non è indennizzabile.
- › **Franchigia relativa (per la sola garanzia ITP):** La percentuale, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'assicurato. Non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia pari o inferiore all'importo corrispondente alla franchigia. In caso di danno superiore alla franchigia relativa, il risarcimento è integrale.
- › **Massimale:** La somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Compagnia presta le Coperture assicurative.
- › **Periodo di riqualificazione:** Il periodo di tempo successivo alla data di cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea 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 (Società, Ditta Individuale, Ente, Associazione riconosciuta) 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 che ha sottoscritto un contratto di Finanziamento con la Banca, definita anche Azienda 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 della stessa (comprovato da un contratto/accordo che lega la persona all'Azienda anche con un rapporto di consulenza).

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 e Questionario Sanitario:** 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.

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



- > **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

PREMESSA

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

AVVERTENZA: La presente Polizza abbinabile al Finanziamento è FACOLTATIVA e NON NECESSARIA ai fini dell'ottenimento del Finanziamento stesso, anche a diverse condizioni.

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






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

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

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

ART. 1.1 MODULO INFORTUNI E MALATTIA

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

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto A	KEY MAN	Età massima alla sottoscrizione: 65 anni	 DECESSO Tutte cause	 ITP* da infortunio e da malattia	
Pacchetto B	KEY MAN	Età massima alla scadenza del contratto: 75 anni (Decesso) – 70 anni (ITP – ITT)	 DECESSO Tutte cause	 ITP da infortunio e da malattia	 ITT da infortunio e da malattia






*Copertura assicurativa opzionale

Le prestazioni o gli indennizzi relative/i alle singole Coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo II, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo IV delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 1.2 MODULO INFORTUNI

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

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

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto C	KEY MAN	Età massima alla sottoscrizione: 73 anni	 DECESSO Da infortunio	 ITP* da infortunio	
Pacchetto D	KEY MAN	Età massima alla scadenza del contratto: 78 anni (Decesso) – 74 anni (ITP – ITT)	 DECESSO Da infortunio	 ITP da infortunio	 ITT da infortunio

*Copertura assicurativa opzionale

Le prestazioni o gli indennizzi relative/i alle singole Coperture assicurative sono dettagliatamente descritte nel Capitolo III, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo IV delle presenti Condizioni di Assicurazione.



COPERTURE ASSICURATIVE



DECESSO



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)

(opzionale per il Pacchetto A e C)



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)

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

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

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;
- c) abbia stipulato con il Contraente un contratto di Finanziamento con le caratteristiche riportate al successivo ART. 2.1.

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

1. sia residente in Italia;
2. abbia un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni al momento della sottoscrizione e abbia un'età non superiore a 75 anni a scadenza per la copertura assicurativa Decesso e 70 anni a scadenza per le Coperture assicurative Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti A o B (MODULO INFORTUNI E MALATTIA);
3. abbia un'età compresa tra i 18 anni e i 73 anni al momento della sottoscrizione e abbia un'età non superiore a 78 anni a scadenza per la copertura assicurativa Decesso e 74 anni a scadenza per le Coperture assicurative Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti C e D (MODULO INFORTUNI);
4. 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;
5. non svolga una delle attività professionali pericolose non assicurabili riportate nell'elenco indicato all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI";
6. abbia compilato e sottoscritto il Questionario Sanitario, il Questionario Medico Semplificato ovvero il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia.

I requisiti di adesione e assicurabilità di cui ai punti b), 1), 5), 6) che precedono devono essere mantenuti per tutta la durata contrattuale. In caso di perdita di tali requisiti trova applicazione quanto previsto dall'ART. 16.

ART. 2.1 TIPOLOGIA CONTRATTO DI FINANZIAMENTO ABBINABILE ALLA POLIZZA

La presente Polizza può essere abbinata esclusivamente alle seguenti tipologie di Contratto di Finanziamento di durata fissa:

- Finanziamento di nuova erogazione, di tipo ipotecario o chirografario, non Stato Avanzamento Lavori (SAL), con preammortamento della durata massima di 24 mesi, entro 30 giorni dalla data di erogazione;

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: artigiani, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; Fabbriante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbriante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbriante 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'Assicurato, cominci a svolgere una delle attività professionali non assicurabili, questi o l'Aderente 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

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

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

ART. 5 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, l'Aderente può scegliere l'importo del Capitale assicurato nel rispetto dei limiti sotto riportati.

Il Capitale assicurato composto dalla somma dell'importo assicurato richiesto e il Premio di polizza:

- › non può essere superiore all'importo richiesto del Finanziamento alla data di sottoscrizione, fermo restando un importo massimo assicurabile di € 1.000.000 per singolo Assicurato Key Man;
- › non può essere inferiore al 25% dell'importo richiesto del Finanziamento, fermo restando un importo assicurabile minimo di € 3.000 per singolo Assicurato Key Man operanti sull'Assicurato.

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, per Assicurato e per prodotto, presso la Compagnia medesima. In tal caso,

- a) Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Aderente;
- b) Se la somma di tutti i capitali assicurati (compreso il nuovo importo che si intende assicurare) è superiore a € 1.000.000 per Assicurato,

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

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 di Consenso e sulla base delle risposte fornite nel Questionario Sanitario, nel Questionario Medico Semplificato ovvero Completo in funzione del capitale assicurato e dell'età al momento della sottoscrizione secondo lo schema sotto riportato.

CAPITALE ASSICURATO*	ETÀ ASSICURATO	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 200.000,00	Da 18 anni compiuti a 60 compiuti	Questionario Medico Semplificato
	Da 61 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 66 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 200.000,01 a € 300.000,00	Da 18 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 66 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 300.000,01 a € 500.000,00	Da 18 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 66 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 500.000,01 a € 1.000.000	Da 18 anni compiuti a 65 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 66 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario

* Il capitale assicurato, che corrisponde alla somma dell'importo assicurato richiesto e del premio di polizza, considera la presenza di capitale sotto rischio preesistenti con la Compagnia (cumulo).

In caso di risposte affermativie al Questionario Sanitario, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della corretta valutazione del rischio.

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

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

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

ART. 8 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica 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 operanti sull'Assicurato. L'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del Premio e all'esito positivo delle verifiche di cui all'ART. 13.

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



COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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

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 all'Azienda Aderente e all'Assicurato.

Solo nel caso in cui il cliente abbia richiesto l'attivazione del Modulo solo "Infortuni" quale alternativa al Modulo "Infortuni e Malattia" per i casi di esito negativo della valutazione assuntiva medica, la Compagnia comunica l'esito negativo della valutazione assuntiva e l'attivazione del Modulo solo "Infortuni", indicando altresì la data di decorrenza delle Coperture assicurative. Resta naturalmente fermo che l'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del Premio e all'esito positivo delle verifiche di cui all'ART. 13.

ART. 9 PREMIO

Il premio varia in funzione:

- › dell'età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di Proposta;
- › del pacchetto prescelto;
- › della durata del Finanziamento;
- › dell'importo assicurato.

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

In virtù della pluriennialità, al premio viene applicata una riduzione del 3%.

La Compagnia applica un costo di emissione pari ad € 75.

Il premio viene addebitato sul c/c dell'Aderente al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dall'Aderente stesso al Contraente, nel Modulo di Proposta. L'incasso di tale somma da parte della Contraente varrà come pagamento effettuato direttamente alla Compagnia.

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

Il premio relativo all'eventuale rinnovo annuale della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea, qualora prevista dal pacchetto sottoscritto, verrà addebitato sul conto corrente dell'Aderente con le medesime modalità.

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 la Contraente.

ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto di assicurazione è sempre pari alla durata del Finanziamento e non può essere inferiore a 1 anno (12 mesi) né superiore a 25 anni (300 mesi) comprensivi dell'eventuale periodo di preammortamento.

ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza riportato 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. 13.

La copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea ha sempre una durata iniziale pari a 120 mesi e si rinnova tacitamente al termine di tale periodo, annualmente o per un periodo inferiore in caso di durata residua del Finanziamento minore di 12 mesi, fino alla scadenza del contratto di assicurazione, salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente.

ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno termine:

- › in caso di recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza riportata nella Lettera di Conferma;
- › ove la durata del Contratto superi i 5 anni, in caso di recesso annuale, con effetto a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla data di decorrenza riportata nella Lettera di Conferma;
- › in caso di cessazione dell'Azienda Aderente;
- › in caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento nel caso in cui l'Aderente non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia;
- › 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 liquidazione del debito residuo del Finanziamento per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- › alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.

La copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea ha inoltre termine:

- › in caso di disdetta annuale da parte della Compagnia e/o da parte dell'Aderente, esercitata entro 60 giorni dalla scadenza del decimo anno di copertura ovvero da ciascuna scadenza annuale successiva. In tal caso, la sola copertura Inabilità Totale Temporanea perderà efficacia, mentre le restanti Coperture assicurative manterranno la loro validità fino alla scadenza contrattualmente prevista.

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

ART. 13 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. 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 raccomandata 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, il premio al netto dell'imposta e del costo di emissione direttamente al Distributore che provvederà a ridurre di pari importo il debito residuo del finanziamento.

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione pari a € 75.

ART. 15 DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE IN CORSO DI CONTRATTO

A fronte della riduzione di premio indicata all'ART. 9, in caso di durata del Contratto di Assicurazione superiore ai 5 anni, l'Aderente ha la facoltà di recedere annualmente dalle Coperture assicurative, con effetto a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative. La Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente la quota parte di premio pagata e non goduta sulla base della formula indicata al precedente ART. 14.

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

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

ART. 16 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ

ART. 16.1 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

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

La perdita del requisito di 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 al precedente ART. 14.

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione pari a € 75.

ART. 16.2 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, essere residente in Italia, e/o non esercitare una delle attività professionali pericolose indicate all'ART 4) le garanzie cesseranno e la copertura assicurativa non interverrà 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 ovvero in caso di inizio dello svolgimento di una delle attività professionali 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;
- 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 è avvenuto il trasferimento di residenza nello stato estero.

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

La Compagnia non rimborserà il costo di emissione pagato al momento della sottoscrizione pari a € 75.

ART. 16.3 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

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

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

ART. 17 ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE, ACCOLLO, TRASFERIMENTO DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

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

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

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

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

N = durata della copertura espressa in giorni.

K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni

DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione totale anticipata del contratto di Finanziamento

CI = capitale assicurato

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

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

$$PPU = PPU' (1 - Cap_{est}/DR)$$

$$CI = CI' (1 - Cap_{est}/DR)$$

$$H = H' (1 - Cap_{est}/DR)$$

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

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

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

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO	
DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato	€ 100.000
Capitale Assicurato (CI)	€ 100.000
Durata della copertura (N)	240 mesi
Premio netto imposte e costo di emissione	€ 5.099,50
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 2.289,68
Costi complessivi (H)	€ 2.809,82
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo assicurato prima dell'estinzione (DR)	€ 77.000
Importo dell'estinzione anticipata totale (Cap_est)	€ 77.000
Importo rimborsato*	€ 3.429,66

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25

In alternativa al rimborso del premio, l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Finanziamento, per il tramite del Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le Coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale iniziale.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione totale del Contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

ART. 18 ESTINZIONE ANTICIPATA PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

In caso di estinzione parziale del Finanziamento, la Compagnia ridurrà proporzionalmente il capitale assicurato residuo nella misura corrispondente alla quota estinta.

La Compagnia provvederà, entro 30 giorni dalla data di estinzione, alla restituzione all'Aderente della quota parte di premio in proporzione alla quota di debito estinto anticipatamente, al netto delle imposte e del costo di emissione, sulla base della seguente formula:

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

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

N = durata della copertura espressa in giorni

K = permanenza effettiva in copertura espressa in giorni

DR = debito residuo assicurato prima dell'estinzione parziale anticipata

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

CI = capitale assicurato

Cap est = importo dell'estinzione parziale anticipata versato dal Cliente

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

$$PPU = PPU' (1 - Cap_est/DR)$$

$$CI = CI' (1 - Cap_est/DR)$$

$$H = H' (1 - Cap_est/DR)$$

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

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

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO	
DESCRIZIONE	IMPORTO
Importo Erogato	€ 100.000
Capitale Assicurato (CI)	€ 100.000
Durata della copertura (N)	240 mesi
Premio netto imposte e costo di emissione	€ 5.099,50
Premio puro anticipato (Ppu)	€ 2.289,68
Costi complessivi (H)	€ 2.809,82
Permanenza effettiva in copertura (K)	60 mesi
Debito residuo assicurato prima dell'estinzione (DR)	€ 77.000
Importo dell'estinzione anticipata parziale (Cap_est)	€ 20.000
Importo rimborsato*	€ 890,92

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

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25

In alternativa al rimborso parziale del premio l'Aderente può richiedere per iscritto alla Compagnia, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Finanziamento, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, di mantenere in vigore le garanzie fino alla scadenza contrattuale iniziale.

In caso di sinistro successivo alla data dell'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, l'indennizzo sarà determinato sulla base del piano di ammortamento originario al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.

ART. 19 DISDETTA

In caso di durata della Polizza superiore a 120 mesi e decorso tale termine, è facoltà dell'Aderente e della Compagnia, di dare disdetta alla copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea (qualora prevista dal Pacchetto sottoscritto).

La disdetta deve essere inviata entro 60 giorni dalla scadenza del 10° anno di copertura ovvero entro 60 giorni dalle successive scadenze annuali, mediante lettera raccomandata al seguente indirizzo:

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

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

In tal caso la copertura disdettata cessa di avere efficacia alla fine dell'annualità nel corso della quale è stata effettuata la disdetta.

La suddetta facoltà non può essere esercitata per le Coperture assicurative Decesso e Inabilità Totale Permanente, le quali resteranno in vigore per l'intera durata del Contratto di Assicurazione.

ART. 20 BENEFICIARI

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

ART. 21 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 37 punti 4 e 5, le Coperture assicurative Decesso, Inabilità 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. 22 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

ART. 23 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 24 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. 25 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 26 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. 27 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.

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

ART. 28 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 – MODULO INFORTUNI E MALATTIA (PACCHETTI A, B) COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

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



**DECESSO,
DA INFORTUNIO E
DA MALATTIA**

ART. 29 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

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

Rischio assicurato

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

Prestazione

In caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario una prestazione pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- › nel periodo di ammortamento: all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data del decesso.

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

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

La prestazione liquidata in caso di Sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento del Finanziamento al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Finanziamento erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato			
€ 100.000	€ 100.000	€ 60.000	€ 60.000 = $60.000 \cdot 100.000 / 100.000$
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo erogato			
€ 100.000	€ 50.000	€ 60.000	€ 30.000 = $60.000 \cdot 50.000 / 100.000$

*L'importo così calcolato non esclude eventuali rate insolte prima dell'evento decesso

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 delle Coperture assicurative.
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 delle Coperture assicurative.

ART. 29.1 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:

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

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



INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITP)



QUAL È LA PERCENTUALE DI INVALIDITÀ CHE LA COMPAGNIA APPLICA?

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

ART. 30 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

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

Rischio assicurato

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

Prestazione

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 corrisponderà allo stesso una prestazione pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- › nel periodo di ammortamento del Finanziamento: all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente.

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

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

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

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

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato				
€ 500.000	€ 500.000	€ 300.000	€ 300.000	= 300.000*500.000/500.000
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo erogato				
€ 1.500.000	€ 1.000.000**	€ 300.000	€ 200.000	= 300.000*1.000.000/1.500.000

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

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

AVVERTENZA: 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 alla prestazione ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione della prestazione

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.

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

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 Data di decorrenza delle Coperture assicurative, la prestazione 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 delle Coperture assicurative 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 delle Coperture assicurative.

ART. 30.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

- La prestazione della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la prestazione della copertura assicurativa Decesso;
- La prestazione della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente non è cumulabile con la contemporanea liquidazione dell'Indennizzo mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea. Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

ART. 31 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA

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

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea derivante da infortunio o da malattia.

Indennizzo

In caso di Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari:

- Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza, successivamente al periodo di franchigia contrattualmente previsto, durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile;
- nel periodo di ammortamento del Finanziamento: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza successivamente al periodo di franchigia contrattualmente previsto durante il periodo di inabilità totale temporanea, e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile.

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

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

L'Indennizzo liquidato in caso di Sinistro verrà calcolato applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Finanziamento in scadenza durante il periodo di Inabilità Totale Temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Finanziamento erogato.

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

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI INABILITÀ	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato			
€ 500.000	€ 500.000	€ 3.000	€ 3.000 = 3.000*500.000/500.000
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo erogato			
€ 1.500.000	€ 1.000.000**	€ 3.000	€ 2.000 = 3.000*1.000.000/1.500.000

** Importo massimo assicurabile.

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



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA (ITT)

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

Carenza

La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un periodo di carenza di 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 delle Coperture assicurative.

Periodo di franchigia assoluta

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

Periodo di riqualificazione

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

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA 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 rata risulta essere in scadenza il 1° agosto 2026. La Compagnia liquiderà il sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'Inabilità Totale Temporanea è stata diagnosticata successivamente ai primi 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza), la durata del periodo di inabilità è superiore a 30 giorni (franchigia) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. La prestazione sarà pari all'importo della rata in scadenza il 1° agosto 2026 (di importo massimo pari a € 2.500). L'Assicurato, al termine dei 45 giorni di inabilità totale temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea dovuta a stessa causa. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità per stessa causa, l'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa. La Compagnia avrebbe invece liquidato il sinistro qualora questo fosse stato dovuto a causa diversa dal primo Sinistro. In questo ultimo caso, infatti il periodo di riqualificazione è pari a 30 giorni.

ART. 31.1 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. 32 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE



COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
Decesso	compreso tra 25% dell'importo richiesto del Finanziamento (min. € 3.000) e € 1.000.000	==	==	60 giorni (solo per malattia)	==
Invalidità Totale Permanente			65% (relativa)	60 giorni (solo per malattia)	==
Inabilità Temporanea Totale	==	2.500/mese	30 giorni (assoluta)	60 giorni (solo per malattia)	30 giorni (180 giorni per la stessa causa del precedente sinistro)

* massimo 12 rate per ogni sinistro e 36 rate per tutta la durata contrattuale

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

CAPITOLO III – MODULO INFORTUNI (PACCHETTI C, D)

COPERTURE ASSICURATIVE – PRESTAZIONI E INDENNIZZI

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

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



**DECESSO,
DA INFORTUNIO**

ART. 33 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO

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

Rischio assicurato

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

Prestazione

In caso di decesso derivante da infortunio dell’Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario una prestazione pari:

- › prima dell’avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- › nel periodo di ammortamento: all’ammontare del debito residuo in linea capitale alla data del decesso.

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

- › esclude eventuali importi di rate insolute scadute prima del decesso;
- › riproporziona la prestazione nel caso abbia restituito parte del premio versato all’Aderente a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona la prestazione nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all’importo del Finanziamento erogato del Finanziamento al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di Sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento del Finanziamento al momento del Sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato e l’ammontare del Finanziamento erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL’INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell’intero importo erogato				
€ 100.000	€ 100.000	€ 60.000	€ 60.000	= 60.000*100.000/100.000
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all’importo erogato				
€ 100.000	€ 50.000	€ 60.000	€ 30.000	= 60.000*50.000/100.000

*l’importo così calcolato non esclude eventuali rate insolute prima dell’evento decesso

Carenza

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

ART. 33.1 NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

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

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

ART. 34 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

Rischio assicurato

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



**INVALIDITÀ
TOTALE
PERMANENTE DA
INFORTUNIO (ITP)**

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

Prestazione

Nei casi in cui venga accertata un'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, di grado superiore al 59% (Tabelle INAIL), entro 2 anni dall'infortunio verificatosi durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, la Compagnia corrisponderà allo stesso una prestazione pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: al capitale assicurato;
- › nel periodo di ammortamento: all'ammontare del debito residuo in linea capitale alla data dell'infortunio che ha generato l'Invalidità Totale Permanente.

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

- › esclude eventuali importi di rate insolte scadute prima dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente;
- › riproporciona una prestazione nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporciona una prestazione nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Finanziamento erogato del Finanziamento al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di Sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento del Finanziamento al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Finanziamento erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE				
IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	DEBITO RESIDUO ALLA DATA DEL SINISTRO	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA*	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato				
€ 500.000	€ 500.000	€ 300.000	€ 300.000	= 300.000*500.000/500.000
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo erogato				
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 300.000	€ 150.000	= 300.000*500.000/1.000.000

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

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

AVVERTENZA: 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 alla prestazione ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Metodo di calcolo ai fini della liquidazione della prestazione

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

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

Come valutare il grado di Invalidità Totale Permanente da infortunio

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

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

Carenza

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

ART. 34.1 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:

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

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



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.



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO (ITT)

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

ART. 35 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO

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

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea derivante da infortunio.

Indennizzo

In caso di Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato, la Compagnia liquiderà un indennizzo pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Finanziamento: all'importo delle rate mensili (solo quota interessi) o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza, successivamente al periodo di franchigia contrattualmente previsto, durante il periodo di inabilità totale temporanea, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile;
- › nel periodo di ammortamento: all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi) in scadenza successivamente al periodo di franchigia contrattualmente previsto durante il periodo di inabilità totale temporanea, e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile.

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

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

L'Indennizzo liquidato in caso di Sinistro verrà calcolato applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Finanziamento in scadenza durante il periodo di Inabilità Totale Temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Finanziamento erogato.

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

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI INABILITÀ	IMPORTO DELLA PRESTAZIONE LIQUIDATA	
Esempio nel caso di assicurazione dell'intero importo erogato				
€ 500.000	€ 500.000	€ 2.000	€ 2.000 = 2.000*500.000/500.000	
Esempio nel caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo erogato				
€ 1.000.000	€ 500.000**	€ 2.000	€ 1.000 = 2.000*500.000/1.000.000	

** Importo massimo assicurabile.

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

Carenza

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

Periodo di franchigia assoluta

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

Periodo di riqualificazione

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

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Aderente sottoscrive la Polizza con data di decorrenza 02/01/2026

CASO 1	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 2	Viene denunciato un Sinistro da infortunio accaduto il 20 maggio con primo giorno di Inabilità Totale Temporanea 30 giugno 2026, la cui durata è pari a 45 giorni. La rata risulta essere in scadenza il 1° agosto 2026. La Compagnia liquiderà il Sinistro, in quanto la durata del periodo di inabilità è superiore a 30 giorni (franchigia) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. L'Indennizzo sarà pari all'importo della rata in scadenza il 1° agosto 2026 (di importo massimo pari a € 2.500).

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

L'Assicurato, al termine dei 45 giorni di Inabilità Totale Temporanea, riprende a svolgere la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 60 giorni e denuncia un secondo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea dovuta a stessa causa.
 La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di inabilità e l'inizio del secondo periodo di inabilità per stessa causa, l'Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.
 La Compagnia avrebbe invece liquidato il Sinistro qualora questo fosse stato dovuto a causa diversa dal primo Sinistro. In questo ultimo caso, infatti il periodo di riqualificazione è pari a 30 giorni.

ART. 35.1 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 Inabilità Totale Permanente.

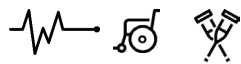


ART. 36 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	FRANCHIGIA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
Decesso da infortunio	compreso tra 25% dell'importo richiesto del Finanziamento (min. € 3.000) e € 1.000.000	==	==	==
Inabilità Totale Permanente da infortunio			59% (relativa)	==
Inabilità Temporanea Totale da infortunio	==	2.500/mese	30 giorni (assoluta)	30 giorni (180 giorni per la stessa causa del precedente sinistro)

*massimo 12 rate per ogni sinistro e 36 rate per tutta la durata contrattuale

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



ART. 37 ESCLUSIONI

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

1. Invalidità accertata, malformazioni o lesioni verificatesi, stati patologici diagnosticati dell'Assicurato e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle Coperture assicurative, 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.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
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'Aderente, dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
9. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
10. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
11. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
12. sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
13. sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
14. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
15. sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive pericolose indicate al successivo ART. 37.1;
16. produzione e/o uso di esplosivi.

La copertura Decesso non è inoltre operante nel seguente caso:

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

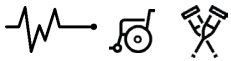
Le coperture Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale non sono inoltre operanti nei seguenti casi:

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

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

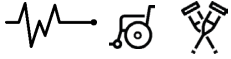
24. pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

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



ART. 37.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

- a) Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo, Salti da trampolino con sci e idrosci, 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. 37.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE

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

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

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

CAPITOLO V

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 38 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

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

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

L'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: per gestire la pratica di sinistro ed 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.

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

ART. 39 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 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.



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



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 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.

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

AVVERTENZA: 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.

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 40 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ART. 41 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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 efficaci			11%
- senza possibilità di applicazione di protesi efficaci			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 E DI CONSENSO DELL'ASSICURATO
alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

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 CONTRATTO DI FINANZIAMENTO




ISTITUTO			
<input type="checkbox"/> Finanziamento nuovo	NUMERO DI FINANZIAMENTO		

DURATA mesi DURATA PREAMMORTAMENTO mesi

IMPORTO RICHIESTO




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

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

MODULO INFORTUNI E MALATTIA	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	 <input type="checkbox"/> DECESSO da infortunio e da malattia  <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio e da malattia  <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e da malattia

CAPITALE ASSICURATO *

*corrisponde alla somma dell'importo assicurato richiesto e del premio di polizza del modulo infortuni e malattia.

MODULO INFORTUNI	
PACCHETTO	COPERTURE ASSICURATIVE
PACCHETTO <_>	 <input type="checkbox"/> DECESSO da infortunio  <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio  <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio

CAPITALE ASSICURATO **

**corrisponde alla somma dell'importo assicurato richiesto e del premio di polizza del modulo infortuni.

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

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

E. DATI RELATIVI AL PREMIO

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

PREMIO UNICO LORDO* di cui imposte

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

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

Premio di rinnovo (Modulo Infortuni e Malattia - Pacchetto <->)

Qualora la durata del Finanziamento fosse superiore a 120 mesi, a partire da tale termine la garanzia Inabilità Totale Temporanea da infortunio e da malattia, qualora presente nel pacchetto sottoscritto, si rinnoverà annualmente, in maniera tacita, sino alla data scadenza del Contratto, per l'importo di premio sottoindicato, salvo disdetta.

PREMIO DI RINNOVO di cui imposte

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

Premio unico Finanziato (Modulo Infortuni - Pacchetto <->)

PREMIO UNICO
LORDO*

di cui imposte

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

COSTI COMPLESSIVI
già compresi nel premio lordo

di cui importo percepito
dalla rete di distribuzione

Premio di rinnovo (Modulo Infortuni - Pacchetto <->)

Qualora la durata del Finanziamento fosse superiore a 120 mesi, a partire da tale termine la garanzia Inabilità Totale Temporanea da infortunio, qualora presente nel pacchetto sottoscritto, si rinnoverà annualmente, in maniera tacita, sino alla data scadenza del Contratto, per l'importo di premio sottoindicato, salvo disdetta.

PREMIO DI RINNOVO

di cui imposte

COSTI COMPLESSIVI

già compresi nel premio di rinnovo

di cui importo percepito
dalla rete di distribuzione

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

F. DICHIARAZIONI 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 documentazione precontrattuale (Set Informativo) e contrattuale (Modulo di Proposta e Lettera di Conferma), nonché le comunicazioni in corso di contratto, vengano trasmesse, ovvero consegnate, all'Aderente;
- che la validità della presente Proposta di Adesione è subordinata alla compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico da parte del Key Man Assicurato;
- che l'adesione e l'attivazione del Modulo "Infortuni" è possibile, previa espressa richiesta dell'Aderente/Assicurato, solo nei casi di impossibilità di adesione Modulo "Infortuni e Malattia" per effetto del mancato rispetto dei limiti anagrafici e dei limiti assuntivi previsti per tale modulo;
- che la presente Proposta di Adesione ha una validità pari a <-> giorni;
- che la Polizza si perfeziona con l'emissione della Lettera di Conferma, 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. Tale importo ridurrà il debito residuo del suo finanziamento del medesimo ammontare. Per ottenere il recesso è possibile inviare la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata A.R. indirizzata a CNP Assurances S.A., Via Arbe 49 - 20125 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- che in caso di capitale assicurato inferiore all'importo del Finanziamento erogato, gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto esistente tra i due importi;
- che la Compagnia, in caso di rimborso del premio pagato e non goduto a seguito di estinzione anticipata parziale e totale, ovvero nei casi trasferimento o di accollo del contratto di Finanziamento, tratterà un costo pari a € <-> a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'operazione;
- che in virtù della pluriennialità del contratto, è stata riconosciuta una riduzione del premio pari al <->% rispetto alla tariffa annuale di riferimento; pertanto, ai sensi dell'Art. 1899 c.c., il recesso in corso di contratto, non è consentito nei primi 5 anni dalla decorrenza del Contratto di Assicurazione;
- 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 essere stato informato che l'adesione alla Polizza Collettiva è FACOLTATIVA e NON NECESSARIA ai fini della concessione del Finanziamento stesso, anche a diverse condizioni;**
- **di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione ovvero erogazione del Finanziamento richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;**
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo di Proposta, nel Questionario Sanitario ovvero nel Questionario Medico anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte.

G. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio è finanziato dal Contraente in favore dell'Aderente/Assicurato e viene aggiunto all'importo richiesto con il Finanziamento.

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 conferisce all'Istituto Contraente apposito mandato all'incasso.

IBAN del Titolare del Conto Corrente

H. 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, H)



INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Aderente dichiara:

- di aver RICEVUTO in tempo utile prima della sottoscrizione e LETTO il Set Informativo contenente il DIP Vita, DIP Danni, DIP Aggiuntivo Multirischi, le Condizioni di Assicurazione il Fac-simile del Modulo di Proposta 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 DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI, ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE, ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 12 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 16 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ, ART. 19 DISDETTA, ART. 27 CLAUSOLA LIBERATORIA, ART. 29 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E DA MALATTIA, ART. 30 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 31 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA, ART. 33 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO, ART. 34 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, ART. 35 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO, ART. 37 ESCLUSIONI, ART. 37.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 37.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data _____ Firma per l'Aderente _____



I. 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.**

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 su 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; Fabbriante o utilizzatore di esplosivi, inclusi fuochi di artificio; Fabbriante o utilizzatore di gas, sostanze gassose o sostanze venefiche, nocive o tossiche; Fabbriante 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.

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 terzi¹ (in quest'ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e saranno trattati dal Titolare nell'ambito delle finalità di seguito dettagliate.

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 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,

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.

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 1 e 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 risponderà alle Sue richieste entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse, tali tempistiche potranno arrivare ad un massimo di 45 giorni, qualora la richiesta sia particolarmente complessa, sempre nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa. La Compagnia La informerà di tale proroga e dei motivi del ritardo entro un mese dal ricevimento della richiesta.

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

> **Diritto di accesso**

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

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

> **Diritto di rettifica**

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

> **Diritto di revoca**

Lei potrà revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che 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.
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.	_____
Comune di Residenza	_____	Prov.	_____
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.	_____
Comune di Residenza	_____	Prov.	_____
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);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
- 2) determinato da malattia:



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES S.A.

Via Arbe 49
20125 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO

portafoglio@cnpitalia.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri@cnpitalia.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

