



MUTUO PROTETTO PIÙ

COPERTURA ASSICURATIVA MULTIRISCHI
POLIENNALE IN FORMA COLLETTIVA
A PREMIO UNICO
(COLLETTIVA N. 020000252/JMCPUGF07003)

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

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

POLIZZA FACOLTATIVA

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 04/2026

CNP Assurances S.A.

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

CNP Caution S.A.

Sede legale 4, promenade Cœur de Ville - Issy-les-Moulineaux - Capitale sociale: € 258.734.553
Rappresentanza generale per l'Italia - Via Arbe, 49 - 20125 Milano
C.F. P.IVA R.I. Milano 09244420965 - Rea C.C.I.A.A. Milano 2078308

PAGINA BIANCA



PRESENTAZIONE

Caro Cliente,

Mutuo Protetto Più è la POLIZZA ABBINABILE AL MUTUO, pensata per tutelare te stesso e i tuoi cari nel caso in cui un evento irreversibile o temporaneo ti impedisca 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 Mutuo stesso, anche a diverse condizioni.**

In caso di premorienza e Invalidità Totale Permanente, le Coperture assicurative intervengono con il pagamento del debito residuo del Mutuo. A seguito di Perdita Involontaria d'Impiego (in caso di lavoratori dipendenti di azienda privata) o Inabilità Totale e Temporanea (in tutti gli altri casi), le Coperture intervengono con il pagamento delle rate del Mutuo in scadenza rispettivamente durante il periodo di disoccupazione ovvero 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 prestazioni previste dal Contratto e forniscono inoltre informazioni sulla Compagnia.

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

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

Per ogni eventuale chiarimento ti invitiamo a prendere contatto con:

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe 49, 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it



BOX DI CONSULTAZIONE

Questo è un box di consultazione.

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

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

CONTENUTI



DIP VITA

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



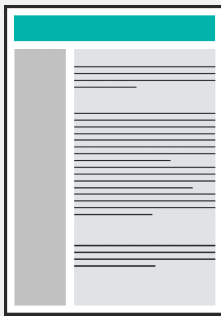
DIP DANNI

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo



DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

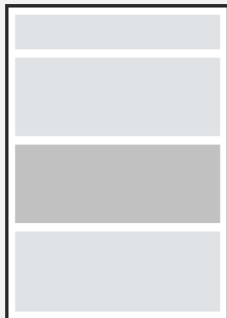
CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

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

CAPITOLO III – MODULO INFORTUNI (PACCHETTI D, E, F) 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

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRI

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

Assicurazione CPI Mutui Privati

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: Mutuo Protetto 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 fisiche ed è abbinabile a Mutui di durata fissa di nuova erogazione con preammortamento della durata massima di 24 mesi. La copertura assicura il pagamento del debito residuo del Mutuo stipulato con la Banca.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

MODULO INFORTUNI E MALATTIA - PACCHETTI A, B e C

✓ Decesso causato da infortunio o malattia.

La Compagnia corrisponderà al Beneficiario un importo 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.



Che cosa NON è assicurato?

Sono escluse dalla copertura assicurativa le persone fisiche:

- ✗ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 70 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 o C (MODULO INFORTUNI E MALATTIA).



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa 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 cointestatario, in caso di decesso.

La Compagnia non eroga la prestazione principalmente se:

- ! il Decesso (a seguito di malattia) avviene nei primi 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza).



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- L'Aderente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Compagnia, per iscritto, la perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità intervenute eventualmente in corso di contratto;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- 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 finanziato dalla Contraente e viene aggiunto all'importo richiesto con il finanziamento.

Il Premio viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato 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 30 anni (360 mesi) ed è pari alla durata del Mutuo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato.

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

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione, **entro 60 giorni** dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative riportata nella Lettera di Conferma 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 Mutui Privati

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnie: CNP Assurances S.A. – CNP Caution S.A. - Rappresentanze Generali per l'Italia

Prodotto: Mutuo Protetto 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 fisiche e sono abbinabili a Mutui di durata fissa di nuova erogazione con preammortamento della durata massima di 24 mesi.



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;
✓ Perdita d'Impiego involontaria.

PACCHETTO C

✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia;
✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio o 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 D

✓ Decesso da infortunio;
✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio.

PACCHETTO E

✓ Decesso da infortunio;
✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio;
✓ Perdita d'Impiego involontaria.

PACCHETTO F

✓ 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 e perdita d'impiego, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo delle rate mensili in scadenza durante il periodo di inabilità ovvero disoccupazione. 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 fisiche:

- ✗ che non siano Clienti della Banca al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- ✗ residenti in Paesi diversi dall'Italia;
- ✗ con età inferiore a 18 anni;
- ✗ con età superiore a 70 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, B o C;
- ✗ 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 D, E e F;
- ✗ che non siano Dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione dei Pacchetti B e E).



Ci sono limiti di copertura?

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, B o C ovvero pari o inferiore al 59% (Tabelle INAIL), in caso di sottoscrizione dei pacchetti D, E o F;
- ! 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 Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza) e/o non perdura per almeno 30 giorni (franchigia);
- ! l'Aderente/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 Mutuo;
- ! la Perdita d'Impiego avviene nei primi 90 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza) e/o lo stato di disoccupazione o mobilità non perdura per almeno 30 giorni (franchigia);

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

! L'Aderente/Assicurato non ha ripreso a svolgere un'attività lavorativa come Dipendente di azienda privata per almeno 180 giorni dalla precedente Perdita d'Impiego per la quale la

Compagnia abbia già corrisposto una o più prestazioni mensili.



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;
- ✓ La copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.



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 finanziato dalla 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 alle Coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea ovvero Perdita d'Impiego (qualora previste dal pacchetto sottoscritto), verrà corrisposto annualmente fino alla scadenza del contratto salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente/Assicurato.

Il Premio viene sempre addebitato sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato 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 30 anni (360 mesi) ed è pari alla durata del Mutuo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato.

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.

Le Coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego hanno sempre una durata iniziale pari a 120 mesi e si rinnovano tacitamente al termine di tale periodo, annualmente o per un periodo inferiore in caso di durata residua del Mutuo minore di 12 mesi, fino alla scadenza del contratto di assicurazione, salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente/Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Solo in caso di durata della Polizza superiore a 120 mesi e decorso tale termine, l'Aderente/Assicurato può disdire le sole coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego (qualora previste 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 Mutui Privati

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



Prodotto: Mutuo Protetto Più

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

Scopo

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

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

CNP ASSURANCES S.A. e CNP CAUTION S.A. appartenenti 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 le Rappresentanze Generali per l'Italia, site in Via Arbe, 49; 20125; Milano, Italia. CNP Assurances S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. 1.00048. CNP Caution S.A. è iscritta all'elenco annesso al RIGA al n. 1.00127. Entrambe le Compagnie sono ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento e sono soggette 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 delle Compagnie:

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>.

CNP Caution S.A.: Patrimonio Netto = 658.514.157,68 €; Risultato economico di periodo = 25.586.789,90€. Con riferimento alla situazione di solvibilità dell'impresa, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 473%. 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, C)

- Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia
Nel caso in cui venga riconosciuta un'Invalidità Totale Permanente all'Aderente/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 Mutuo: al capitale assicurato;
 - nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Mutuo alla data dell'infortunio ovvero della diagnosi della malattia che ha generato l'Invalidità Totale Permanente.
- Prestazione in caso di Perdita d'Impiego involontaria:
La copertura prevede una prestazione pari:
 - prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
 - nel periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.
- Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio e malattia:

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

La garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai Dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro di almeno 16 ore settimanali, regolato dalla legge italiana ovvero dai Non Lavoratori. La copertura prevede un Indennizzo pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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;
- nel periodo di ammortamento del Mutuo: 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.

MODULO INFORTUNI (PACCHETTI D, E, F)

• 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 Mutuo: al capitale assicurato;
- nel periodo di ammortamento: al debito residuo in linea capitale del Mutuo al momento del decesso.

• Prestazione in caso di Inabilità Totale Permanente da infortunio

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

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento: al capitale assicurato;
- nel periodo di ammortamento del Mutuo: al debito residuo in linea capitale del Mutuo alla data dell'infortunio che ha generato l'Inabilità Totale Permanente.

• Prestazione in caso di Perdita d'Impiego involontaria:

La copertura prevede un Indennizzo pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile;
- nel periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione, trascorsi 30 giorni di franchigia e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

• Prestazione in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio:

La garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori appartenenti a categorie diverse dai Dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro di almeno 16 ore settimanali, regolato dalla legge italiana ovvero dai Non Lavoratori.

La copertura prevede un Indennizzo pari:

- prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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;
- nel periodo di ammortamento del Mutuo: 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 cointestatario.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dalle sole coperture Decesso, Inabilità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea i sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una attività professionale considerata pericolosa o di una delle seguenti attività sportive: Sci e snowboard fuori pista, acrobatico e/o estremo; Salti da trampolino con sci e idrosci; Sci nautico; Skiathlon; Bob (guidosliatta); Skeleton; Arrampicata; Bouldering; Scalata; Combinata nordica; Escursioni alpine > 3.000 metri,

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

Skyrunning; Accesso ai ghiacciai; Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa; Speleologia; Sport aerei in genere; a titolo esemplificativo: Aereo mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante; Immersioni subacquee; Caccia, Safari; Sport equestri; Tauromachia; Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore; Motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (> 60 miglia dalla costa); Competizioni ciclistiche; Kickboxing, Pugilato, Savate e lotta nelle sue varie forme; Atletica pesante; Rugby e Football americano; Altri sport comunemente definiti "estremi".

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

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

LA COPERTURA DECESSO NON È INOLTRE OPERANTE NEL SEGUENTE CASO:

- suicidio e tentativi di suicidio nei termini previsti dalla normativa vigente.

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 assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

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;

LA COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO NON È OPERANTE NEI SEGUENTI CASI:

- l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
- l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- dimissioni;

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

- qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia ovvero altri ammortizzatori sociali;
- il contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
- l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
- risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
- l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale;
- licenziamento dovuto a malattie note o conosciute al momento della sottoscrizione del contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato alle persone fisiche in possesso dei requisiti di assicurabilità contrattualmente previsti e che abbiano la necessità di tutelarsi da eventi negativi che possano compromettere la relativa capacità di provvedere al completamento del piano di rimborso previsto dal Mutuo.



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"> • 14,60% per le garanzie Decesso e ITP • 16,85% per la garanzia ITT e PPL 	€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 Mutuo: Importo pari a € 25 a titolo gestione dell'operazione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto, mediante posta o e-mail, all'Ufficio Reclami della Compagnia incaricata del loro esame al seguente recapito:	
	CNP ASSURANCES S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Via Arbe, 49 - 20125 Milano reclami@cnpitalia.it Per tutte le garanzie tranne Perdita di Impiego	CNP CAUTION S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Via Arbe, 49 - 20125 Milano - reclami@cnpcaution.it Per la sola garanzia Perdita di Impiego
Le Compagnie si impegnano a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.		

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS , Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it Essendo la Compagnia soggetta alla Vigilanza Francese, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi all' Autorità di Vigilanza Francese - ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia: <ul style="list-style-type: none"> - per posta : Banque de France TSA 50120 - 75 035 Paris Cedex 01; - online : https://accueil.banque-france.fr/uti/#/accueil
------------------	---

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

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

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

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, limitatamente alle componenti riferite ai rischi di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5%, possono beneficiare della detrazione d'imposta, nei limiti e alle condizioni tempo per tempo vigenti. Tali limiti sono elevati relativamente ai premi riferiti al rischio di morte pagati in dipendenza di Contratti di Assicurazione finalizzati alla tutela delle persone con disabilità grave. I capitali percepiti a seguito di invalidità permanente o morte sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. I proventi e le indennità conseguiti in sostituzione di redditi, anche in forma di risarcimento assicurativo, costituiscono redditi della stessa categoria di quelli sostituiti o perduti. È onere dell'Aderente verificare, in relazione al proprio regime 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 indagini (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.

NB: Le parti evidenziate devono essere lette attentamente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

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

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI MODULO INFORTUNI E MALATTIA

ART. 29	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA	14
ART. 30	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA	15
ART. 31	COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO E MALATTIA.....	16
ART. 32	COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO.....	17
ART. 33	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	19

COPERTURE ASSICURATIVE - PRESTAZIONI E INDENNIZZI MODULO INFORTUNI

ART. 34	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO.....	20
ART. 35	COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	20
ART. 36	COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO	22
ART. 37	COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO.....	23
ART. 38	TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE	25

ESCLUSIONI

ART. 39	ESCLUSIONI	26
---------	------------------	----

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 40	DENUNCIA DEI SINISTRI.....	28
ART. 41	DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO.....	28
ART. 42	MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	29
ART. 43	PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	30

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 Mutuo:** Il Mutuo ipotecario o chirografario di durata non superiore a 30 anni (360 mesi) incluso il periodo di preammortamento, concesso dalla Banca all'Aderente/Assicurato e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza.
- › **Piano di ammortamento:** Piano di rimborso rateale del Mutuo 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/Assicurato quale corrispettivo per usufruire delle Coperture assicurative.
- › **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale sono prestate le Coperture assicurative.

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



- › **Capitale assicurato:** Il capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta composto dalla somma dell'importo assicurato richiesto e il Premio di Polizza.
- › **Copertura assicurativa:** Le garanzie contenute nella Polizza concesse dalla Compagnia e che prevedono il pagamento di un Indennizzo al verificarsi del Sinistro.
- › **Debito residuo:** Debito in linea capitale del Mutuo risultante alla data del Sinistro.
- › **Decesso:** La morte dell'Assicurato per qualsiasi causa.
- › **Importo assicurato richiesto:** importo scelto dall'Aderente/Assicurato sul quale verrà calcolato il Premio.
- › **Importo Erogato:** Ammontare del Mutuo riconosciuto dal Contraente. È pari all'importo del mutuo richiesto e del Premio di Polizza ovvero dei premi di Polizza dei due cointestatari ove presenti due cointestatari.
- › **Importo finanziamento richiesto:** Ammontare del Mutuo richiesto dall'Aderente/Assicurato al Contraente.
- › **Inabilità Totale Temporanea (ITT):** La perdita totale temporanea della capacità dell'Aderente/Assicurato di svolgere la propria attività (professione). Se l'evento colpisce un non lavoratore, l'Inabilità Totale Temporanea è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Aderente/Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.
- › **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. 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 1 "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.

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

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

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

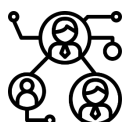
- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
 - vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
 - andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi);
 - spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
 - continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
 - alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.
- > **Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
 - > **Perdita d'Impiego (PPL):** Lo stato dell'Aderente/Assicurato, che sia Lavoratore Dipendente di azienda privata, qualora egli, a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo: a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; b) sia iscritto negli appositi elenchi anagrafici in Italia, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità; c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro. Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".
 - > **Stato di disoccupazione o Mobilità:** La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente di azienda privata che è iscritto nelle liste di disoccupazione o di mobilità presso il centro per l'impiego di competenza percependo le rispettive indennità. Durante la disoccupazione/mobilità il lavoratore non potrà svolgere nessuna attività lavorativa.

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 dovesse verificare nel corso di tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
- > **Esclusioni:** I rischi esclusi o le limitazioni relativi alle Coperture assicurative prestate dalla Compagnia, elencati nel Capitolo IV delle Condizioni di Assicurazione.
- > **Età anagrafica:** Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.
- > **Età assicurativa:** Età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del Premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.
- > **Periodo di franchigia assoluta:** Il periodo di scopertura della garanzia in cui la parte di danno subita e indennizzabile resta totalmente a carico dell'Aderente/Assicurato.
- > **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 ovvero dello stato di disoccupazione o mobilità 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/Assicurato:** La persona fisica residente in Italia, che sottoscrive il Modulo di Proposta e che paga il Premio.
- > **Beneficiario:** Il soggetto che riceve le prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione ed erogate dalla Compagnia. Per le garanzie Inabilità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego il Beneficiario coincide con l'Aderente/Assicurato. Per la garanzia Decesso il Beneficiario è quello designato dall'Aderente/Assicurato o, in caso di mancata designazione, quelli stabiliti per legge.
- > **Cliente:** la persona fisica che ha sottoscritto con la Banca un contratto di Mutuo, definita anche come Aderente/Assicurato.
- > **Compagnia/Compagnie:** CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 - 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

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

CNP Caution S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 – 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale l'Aderente/Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

Ciascuna Compagnia interviene per le Coperture assicurative relative ai rami per i quali è autorizzata.

- › **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.
- › **Lavoratore Autonomo:** Persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente (art. 2222 c.c.). Rientrano nella categoria dei Lavoratori autonomi i Liberi Professionisti.
- › **Lavoratore Dipendente di azienda privata:** Persona fisica che svolge la propria attività lavorativa presso un'azienda privata di cui è Dipendente e il cui contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, regolato dalla Legge italiana, non sia inferiore a 16 ore settimanali.
Sono equiparati ai Lavoratori di Azienda Privata:
 - i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
 - i soci di cooperativa con rapporto di lavoro subordinato con la medesima cooperativa;
 - i lavoratori somministrati;
 - i lavoratori con contratto di apprendistato.
- › **Lavoratore Dipendente Pubblico:** Persona fisica Dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come:
 - le Amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
 - le Aziende e le Amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
 - le Regioni, le Province ed i Comuni;
 - le Università; le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e le loro Associazioni;
 - Le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- › **Non Lavoratore/Altro Status lavorativo:** Persona Fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore di Azienda Pubblica, Lavoratore dipendente di azienda privata. Sono equiparati al Non Lavoratore: i pensionati, le casalinghe, gli studenti, i dipendenti di imprese familiari con mansioni di assistenza o collaborazione familiare, i dipendenti di imprese familiari in rapporto di parentela con il datore di lavoro (nelle società di capitali tale rapporto di parentela riguarda anche quello esistente tra il Lavoratore e l'Amministratore Unico, il Direttore Generale o l'Amministratore Delegato), i dipendenti di azienda privata con contratto di lavoro non disciplinato dalla legge italiana e/o con meno di 16 ore settimanali.
- › **Referente terzo:** Il soggetto, diverso dal Beneficiario, eventualmente indicato nel Modulo di Proposta, a cui la Compagnia, per specifiche esigenze di riservatezza, potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato.

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/Assicurato.
- › **Modulo di Denuncia sinistri:** È il documento che può essere utilizzato per la denuncia dei sinistri. In esso è contenuto l'elenco dei documenti da consegnare in fase di denuncia.
- › **Modulo di Proposta:** È il documento sottoscritto dal potenziale Aderente/Assicurato, con il quale richiede alla Compagnia di aderire alla Polizza Collettiva.
- › **Set Informativo:** Insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione del contratto. È composto dal DIP Vita, 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, 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'Aderente/Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

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

FASI DEL CONTRATTO



- › **Conclusioni del Contratto di Assicurazione o perfezionamento:** Il momento in cui l'Aderente/Assicurato riceve la comunicazione (Lettera di Conferma) dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia.
- › **Data di decorrenza delle Coperture assicurative:** Il momento dal quale le Coperture assicurative possono essere attivate, che coincide con le ore 24 del giorno di emissione della Lettera di Conferma.
- › **Durata del Contratto di Assicurazione:** Il periodo di vigenza del Contratto di Assicurazione.
- › **Durata delle coperture assicurative:** Il periodo di vigenza delle Coperture assicurative.
- › **Periodo di copertura:** il periodo di tempo in cui le Coperture assicurative sono attive e risulta pagato il relativo Premio.

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

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione individuale alla Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con le Compagnie CNP Assurances S.A. e CNP Caution S.A. (per la sola garanzia Perdita d'Impiego) a favore dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.

AVVERTENZA: La presente Polizza abbinabile al Mutuo è FACOLTATIVA e NON NECESSARIA ai fini della concessione del Mutuo stesso, anche se 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, le Compagnie, ognuna per quanto di propria competenza, garantiscono all'Aderente/Assicurato, 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	TUTTI, INDIPENDENTEMENTE DALLA CATEGORIA PROFESSIONALE	Età massima alla sottoscrizione: 70 anni compiuti	 DECESSO Da infortunio e malattia	 ITP * Da infortunio e da malattia		
Pacchetto B	DIPENDENTE DI AZIENDA PRIVATA		Età massima alla scadenza del contratto: 75 anni compiuti (Decesso) – 70 anni compiuti (ITP – ITT – PPL)	 DECESSO Da infortunio e malattia	 ITP Da infortunio e malattia	 PPL
Pacchetto C	LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO, LAVORATORE AUTONOMO, NON LAVORATORE/ALTRO STATUS LAVORATIVO			 DECESSO Da infortunio e malattia	 ITP Da infortunio e malattia	 ITT Da infortunio e da malattia

*Copertura assicurativa opzionale

AVVERTENZA: Possono sottoscrivere il PACCHETTO B, esclusivamente i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali.

Ai fini del presente contratto, i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata che non rientrano nella definizione riportata sopra e nel glossario, sono considerati Non Lavoratori e potranno sottoscrivere, in alternativa, il Pacchetto A o il Pacchetto C.

Le prestazioni relative 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'Aderente/Assicurato da parte della Compagnia.

L'Aderente/Assicurato 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 il Modulo solo "Infortuni" sotto descritto.

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



COPERTURE ASSICURATIVE



DECESSO











INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)
(opzionale per il Pacchetto A e D)



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)



PERDITA D'IMPIEGO (PPL)

PACCHETTI	SOGGETTI ASSICURABILI	ETÀ	COPERTURE ASSICURATIVE		
Pacchetto D	TUTTI, INDIPENDENTEMENTE DALLA CATEGORIA PROFESSIONALE	Età massima alla sottoscrizione: 73 anni compiuti Età massima alla scadenza del contratto: 78 anni compiuti (Decesso) – 74 anni compiuti (ITP – ITT - PPL)	 DECESSO Da infortunio	 ITP * Da infortunio	
Pacchetto E	DIPENDENTE DI AZIENDA PRIVATA		 DECESSO Da infortunio	 ITP Da infortunio	 PPL
Pacchetto F	LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO, LAVORATORE AUTONOMO, NON LAVORATORE/ALTRO STATUS LAVORATIVO		 DECESSO Da infortunio	 ITP Da infortunio	 ITT Da infortunio

*Copertura assicurativa opzionale

AVVERTENZA: Possono sottoscrivere il PACCHETTO E, esclusivamente i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana, a tempo determinato o indeterminato, di almeno 16 ore lavorative settimanali.

Ai fini del presente contratto, i Lavoratori Dipendenti Di Azienda Privata che non rientrano nella definizione sopra riportata e nel Glossario, sono considerati Non Lavoratori e potranno sottoscrivere, in alternativa, il Pacchetto D o il Pacchetto F.

Le prestazioni relative 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. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ)

Possono aderire alle Coperture assicurative, le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

1. siano residenti in Italia;
2. siano Clienti della Banca;
3. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 70 anni al momento della sottoscrizione e un'età non superiore a 75 anni a scadenza per la copertura assicurativa Decesso e 70 a scadenza per le coperture assicurative Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti A, B o C (MODULO INFORTUNI E MALATTIA);
4. abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 73 anni al momento della sottoscrizione e 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, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego, in caso di sottoscrizione dei Pacchetti D, E o F (MODULO INFORTUNI);
5. non svolgano una delle attività professionali pericolose non assicurabili riportate nell'elenco indicato all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI";
6. abbiano stipulato con il Contraente un contratto di Mutuo con le caratteristiche riportate all'ART. 2.1;
7. abbiano compilato e sottoscritto il Questionario Sanitario, il Questionario Medico Semplificato ovvero il Questionario Medico Completo e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
8. siano Dipendenti di azienda privata con un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana di almeno 16 ore lavorative settimanali (per la sottoscrizione dei Pacchetti B e E).

I requisiti di adesione e assicurabilità di cui ai numeri 1, 5 e 8 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 DI CONTRATTO DI MUTUO ABBINABILE ALLA POLIZZA

La presente Polizza può essere abbinata esclusivamente alle seguenti tipologie di contratto di Mutuo:

- Mutuo di nuova erogazione, di tipo ipotecario o chirografario, con preammortamento della durata massima di 24 mesi, entro 30 giorni dalla data di avvio del periodo di ammortamento del Mutuo e comunque non oltre la data di scadenza della prima rata di ammortamento o di preammortamento non tecnico (qualora presente).

Non è prevista la possibilità di abbinare la Polizza a Mutui di durata variabile.

ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c. Tali conseguenze si verificano quando le

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

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

ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone fisiche che esercitano una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; 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'Aderente/Assicurato, cominci a svolgere una delle attività professionali non assicurabili, dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia tramite e-mail o con lettera raccomandata A/R, indirizzata a:

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

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

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnptalia.it

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

ART. 5 CAPITALE ASSICURATO E MASSIMALI

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, l'Aderente/Assicurato 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 Mutuo alla data di sottoscrizione, fermo restando un importo massimo assicurabile di € 1.000.000 per singolo cointestatario;
- > non può essere inferiore al 25% dell'importo richiesto del Mutuo, fermo restando un importo assicurabile minimo di € 10.000 per singolo cointestatario.

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

ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse a aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'assunzione avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo stesso e sulla base delle risposte fornite nel Questionario 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*	ETA' ASSICURATO	MODALITÀ DI ASSUNZIONE
Fino a € 200.000,00	Da 18 anni compiuti a 60 compiuti	Questionario Medico Semplificato
	Da 61 anni compiuti a 70 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 71 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 200.000,01 a € 300.000,00	Da 18 anni compiuti a 70 compiuti	Questionario Medico Completo
	Da 71 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 300.000,01 a € 500.000	Da 18 anni compiuti a 70 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 71 anni compiuti a 73 compiuti	Questionario Sanitario
Da € 500.000,01 a € 1.000.000	Da 18 anni compiuti a 70 compiuti	Questionario Medico Completo + esami medici
	Da 71 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 affermative al Questionario Sanitario, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della corretta valutazione del rischio.

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, una volta visionato il Questionario 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/Assicurato.

AVVERTENZA: La Compagnia si riserva la facoltà di accettare la proposta di adesione al Modulo Infortuni e Malattia (Pacchetti A, B o C); ovvero al Modulo Infortuni (Pacchetti D, E o F) 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.

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/Assicurato della Lettera di Conferma della Compagnia con la quale viene accettata la proposta di adesione e viene indicata la data di decorrenza delle Coperture assicurative. L'efficacia del Contratto di Assicurazione è comunque subordinata al pagamento del Premio e all'esito positivo delle verifiche di cui all'ART. 12.

In caso di esito negativo della valutazione assuntiva medica e/o delle predette verifiche, le Coperture assicurative non saranno operanti e la Compagnia provvederà a fornire apposita comunicazione all'Aderente/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. 12.

ART. 9 PREMIO

Il Premio varia in funzione:

- › dell'età assicurativa dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta;
- › delle Coperture assicurative prestate;
- › della durata del Mutuo;
- › dell'importo assicurato.

Il premio è unico e anticipato e comprensivo dell'imposta di assicurazione per la componente relativa alle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego.

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/Assicurato al momento dell'emissione della Lettera di Conferma, in forza dell'autorizzazione conferita dall'Aderente/Assicurato 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 (al termine del periodo iniziale di 120 mesi di durata) delle coperture assicurative Perdita d'Impiego e Inabilità Totale Temporanea, qualora previste dal pacchetto sottoscritto, verrà addebitato sul conto corrente dell'Aderente/Assicurato con le medesime modalità.

ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto di assicurazione è sempre pari alla durata/durata residua del Mutuo e non può essere inferiore a 1 anno (12 mesi) né superiore a 30 anni (360 mesi) comprensivi dell'eventuale periodo di preammortamento commerciale.

ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno validità dalle ore 24 del giorno di decorrenza evidenziato sulla Lettera di Conferma inviata all'Aderente/Assicurato, restando inteso che le stesse saranno efficaci, previo pagamento del Premio contrattualmente previsto e previo esito favorevole delle verifiche di cui all'ART. 12.

Le Coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego hanno sempre una durata iniziale pari a 120 mesi e si rinnovano tacitamente al termine di tale periodo, annualmente o per un periodo inferiore in caso di durata residua del Mutui minore di 12 mesi, fino alla scadenza del contratto di assicurazione, salvo disdetta esercitata dalla Compagnia e/o dall'Aderente/Assicurato.

ART. 12 OBBLIGO DI ASTENSIONE E CLAUSOLA SANCTION

Ove, prima dell'emissione della Polizza, in corso di contratto o in sede di pagamento della prestazione assicurativa, il soggetto sottoposto ad Adeguata Verifica della Clientela ai sensi di normativa e regolamentazione, non fornisca le informazioni o i documenti utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi in materia di Antiriciclaggio e Antiterrorismo, le Compagnie ai sensi dell'Art. 42 del D.lgs. n. 231/2007 e dell'Art. 42 del

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

Regolamento IVASS 44/2019, si asterranno dall'instaurare il rapporto continuativo, dall'eseguire l'operazione, ovvero dall'effettuare modifiche contrattuali.

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

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

ART. 13 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le Coperture assicurative hanno termine:

- > in caso di recesso dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza 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 delle Coperture assicurative;
- > in caso di perdita dei requisiti di adesione e assicurabilità;
- > in caso di estinzione anticipata totale, trasferimento, accollo del Mutuo nel caso in cui l'Aderente/Assicurato non richieda esplicitamente la prosecuzione della copertura assicurativa inviando apposita comunicazione alla Compagnia;
- > in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato;
- > in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Aderente/Assicurato;
- > alla data di scadenza riportata nella Lettera di Conferma.

Le Coperture assicurative Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego hanno inoltre termine:

- > in caso di disdetta annuale da parte della Compagnia e/o da parte dell'Aderente/Assicurato, esercitata entro 60 giorni dalla scadenza, trascorsi 120 mesi dalla data di decorrenza riportata nella Lettera di Conferma.

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

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

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

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

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

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

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia rimborsa 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 mutuo.

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/Assicurato ha la facoltà di recedere annualmente dal contratto, a partire dalla quinta ricorrenza annua dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative e con effetto alla fine dell'annualità nel corso della quale è stata esercitata.

La Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta a partire dalla data di effetto dell'operazione sulla base della formula indicata all'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

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

Ufficio Gestione Portafoglio

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



COSA SI INTENDE PER RECESSO?

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

ART. 16 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

Qualora nel corso di validità del Contratto di Assicurazione, almeno 1 dei seguenti 3 requisiti di adesione e assicurabilità venisse meno:

- essere Dipendente di azienda privata, in caso di sottoscrizione del pacchetto B ovvero del pacchetto E;
- essere residente in Italia,
- non esercitare una delle attività professionali pericolose indicate all'ART. 4 "ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI".

l'Aderente/Assicurato dovrà comunicarlo tempestivamente alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R o e-mail, al seguente indirizzo:

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

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

Ufficio Gestione Portafoglio

Via Arbe, 49 – 20125 Milano

portafoglio@cnpitalia.it

**ATTENZIONE!**

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

- La perdita del solo requisito di Dipendente di azienda privata determina la cessazione della sola copertura assicurativa Perdita d'Impiego dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito, la quale non interverrà in caso di Sinistro.
La copertura assicurativa rimarrà invece in vigore per le altre garanzie facenti parte del pacchetto assicurativo sottoscritto.
Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito di assicurabilità, sulla base della formula indicata all'ART. 14. La Compagnia non rimborserà in ogni caso il costo di emissione pari a € 75.
- La perdita del requisito di residenza in stato italiano determina invece risoluzione del Contratto di Assicurazione; le Compagnie non interverranno perciò in nessun caso di Sinistro.
Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a chiudere il Contratto di Assicurazione, e a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è avvenuto il trasferimento di residenza nello stato estero, sulla base della formula indicata all'ART. 14.
- L'inizio dello svolgimento di una delle attività professionali escluse, determina risoluzione del Contratto di Assicurazione; le Compagnie non interverranno perciò in nessun caso di Sinistro.
Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la Compagnia provvederà a chiudere il Contratto di Assicurazione, e a rimborsare all'Aderente/Assicurato la quota parte di premio pagata e non goduta calcolata a partire dalla data nella quale è stata comunicata la perdita del requisito di assicurabilità, sulla base della formula indicata all'ART. 14.

ART. 16.1 MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E ASSICURABILITÀ

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

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

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

In caso di anticipata estinzione totale del Mutuo (non successiva alla liquidazione della prestazione per Decesso o Invalità Totale Permanente), ovvero nei casi di trasferimento o di accollo, le Coperture assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione totale/trasferimento/accollo del Mutuo.

La Compagnia restituirà all'Aderente/Assicurato, 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 seguente formula:

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

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 Mutuo

CI = capitale assicurato

H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

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

AVVERTENZA: Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, 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:

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

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

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

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 unico e anticipato	€ 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)	€ 77.0000
Importo dell'estinzione anticipata totale (Cap_est)	€ 77.0000
Importo rimborsato*	€ 3.429,66

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25.

In alternativa al rimborso del Premio, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione totale del Mutuo, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, 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 Mutuo, 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 MUTUO

In caso di estinzione parziale del Mutuo, 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/Assicurato 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 Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del premio, l'importo del premio (PPU), il capitale assicurato iniziale (CI) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

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

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

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

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 unico e anticipato netto imposte	€ 5.099,50

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

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)	€ 77.0000
Importo dell'estinzione anticipata parziale (Cap_est)	€ 20.000
Importo rimborsato*	€ 890,82

*al netto dei costi di estinzione pari a € 25.

In alternativa al rimborso parziale del Premio, l'Aderente/Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, esclusivamente al momento dell'anticipata estinzione parziale del Mutuo e 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 Mutuo, 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 ovvero alla copertura assicurativa Perdita d'Impiego (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
CNP CAUTION 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 Invalità Totale Permanente, le quali resteranno in vigore per l'intera durata del Contratto di Assicurazione

ART. 20 BENEFICIARI

L'Aderente/Assicurato ha la facoltà di designare il Beneficiario per la copertura assicurativa Decesso e può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione inviando una comunicazione con lettera raccomandata A.R. o via e-mail alla Compagnia ai seguenti recapiti:

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

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

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

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

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

ART. 21 DOVE VALGONO LE COPERTURE ASSICURATIVE

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 39 punti 4 e 5, le Coperture assicurative Decesso, Invalità 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.

La copertura assicurativa Perdita d'Impiego ha validità per i sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo, a condizione che il contratto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.

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

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'Assicurato. 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.

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 più vicino del luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato o, se diverso, del luogo dove l'Aderente/Assicurato ha eletto domicilio elettivo dell'Aderente/Assicurato.

Per qualsiasi controversia giudiziale relativa o connessa al Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo dell'Aderente/Assicurato

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

AVVERTENZA: Le Coperture assicurative non operano: a) nel caso in cui il Sinistro occorra durante o comunque in conseguenza dello svolgimento, anche occasionale, di attività sportive di natura pericolosa, come elencate all'interno dell'ART. 39.1; b) in caso di esercizio di una delle attività lavorative pericolose indicate all'ART. 39.2



**DECESSO DA
INFORTUNIO E
MALATTIA**

ART. 29 COPERTURA DECESSO 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 il Decesso qualunque possa esserne la causa.

Prestazione

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

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento: 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 la prestazione nel caso abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona la prestazione nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del mutuo erogato del Mutuo al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento del Mutuo al momento del Sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Mutuo 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 = $60.000 \times 100.000 / 100.000$
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all'importo erogato			
€ 100.000	€ 50.000	€ 60.000	€ 30.000 = $60.000 \times 50.000 / 100.000$

*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 alcuna prestazione, 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 la prestazione dovuta, 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'Aderente/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: al capitale assicurato;
- > nel periodo di ammortamento: 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 la prestazione nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del Premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- > riproporziona la prestazione nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Mutuo erogato del Mutuo al momento della sottoscrizione.

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

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.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario l'Aderente/Assicurato e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Aderente/Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Aderente/Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

AVVERTENZA: nel caso di premorienza dell'Aderente/Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dalla malattia o dall'infortunio o all'accertamento medico-legale dell'impresa, 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.

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

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

La presente copertura assicurativa cessa di essere efficace in caso di liquidazione di un sinistro per Decesso dell’Aderente/Assicurato.

Carenza

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se l’Invalidità Totale Permanente è conseguente ad una malattia: in questo caso, qualora la malattia che ha generato l’invalidità venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla 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 seppur l’accertamento sia successivo.
02/01/2026	05/04/2026	20/09/2026	La Compagnia liquida il sinistro e corrisponderà l’indennizzo dovuto, in quanto la malattia che ha generato l’invalidità è stata diagnosticata dopo i 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

ART. 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

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto nel caso di Sinistro dovuto a malattia, in caso di Sinistro, la Compagnia liquiderà un Indennizzo pari:

- › prima dell’avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 e per singolo cointestatario;
- › 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 e per singolo cointestatario.

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/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona l’indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all’importo del Mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Mutuo in scadenza durante il periodo di Inabilità Totale Temporanea per il rapporto tra il capitale assicurato e l’ammontare del Mutuo erogato.

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



**INABILITÀ
TOTALE
TEMPORANEA DA
INFORTUNIO E
MALATTIA (ITT)**

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.

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 della copertura.

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'Aderente/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 INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

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

CASO 1	Viene denunciato il Sinistro da malattia diagnosticata il 2 febbraio 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 delle Coperture assicurative 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 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

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.

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



COPERTURA ASSICURATIVA SOTTOSCRIVIBILE ESCLUSIVAMENTE DAI LAVORATORI DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATA CON CONTRATTO DI LAVORO DISCIPLINATO DALLA LEGGE ITALIANA, A TEMPO DETERMINATO O INDETERMINATO, DI ALMENO 16 ORE LAVORATIVE SETTIMANALI

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio assicurato è la Perdita Involontaria d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

ESEMPIO DI RISCHIO ASSICURATO

CASO 1	Tizio, in qualità di dipendente della società Alfa, viene licenziato, unitamente ad altri 10 dipendenti della società Alfa, per esigenze di produzione e riorganizzazione aziendale, in quanto l'azienda Alfa ha registrato negli ultimi due anni perdite per oltre 1 milione di euro, senza alcun utile. In tal caso, la Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo oggettivo, indennizzerà Tizio nei limiti del Massimale stabilito, per il danno subito.
CASO 2	Tizio, dipendente della società Alfa, viene licenziato in quanto nell'ultimo mese ha riportato 3 richiami scritti dovuti ad assenza ingiustificata sul luogo di lavoro. La Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo soggettivo, non coprirà il rischio e non indennizzerà il danno subito da Tizio.

Indennizzo

Fermo il periodo di carenza contrattualmente previsto, in caso di Sinistro, la Compagnia liquiderà un Indennizzo pari:

- › prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointeressatario;
- › 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 disoccupazione, e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointeressatario.

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/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona l'Indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di Sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento, ovvero moltiplicando la rata del Mutuo in scadenza durante il periodo di disoccupazione per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare del Mutuo erogato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE	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

In caso di licenziamento comunicato all'Aderente/Assicurato durante il periodo di carenza pari a 90 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un Sinistro per disoccupazione, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione o messa in mobilità e l'inizio del secondo periodo di disoccupazione o messa in mobilità, l'Aderente/Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di azienda privata per un periodo pari a 180 giorni consecutivi.

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

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

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

CASO 1	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 2 Febbraio 2026. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato nei primi 90 giorni successivi alla Data di decorrenza delle Coperture assicurative e il Sinistro risulta quindi essere in Carenza.
CASO 2	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2026. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 20 luglio 2026. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nonostante l'Aderente/Assicurato sia stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza), la durata del periodo di inattività è inferiore a 30 giorni. Il Sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2026. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 2 Settembre 2026. La rata risulta essere in scadenza il 1° settembre 2026. La Compagnia liquiderà il Sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi alla Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza) la durata del periodo di inattività è superiore a 30 giorni (franchigia assoluta) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. L'Aderente/Assicurato, a partire dal 2 settembre 2026, svolge la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni al termine dei quali viene licenziato. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione e l'inizio del secondo, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 32.1 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.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso ovvero di liquidazione di un Sinistro per Invalidità Totale Permanente.

ART. 33 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 Mutuo (min. € 10.000) e € 1.000.000	==	==	60 giorni (solo per malattia)	==
Invalità 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)
Perdita d'Impiego			30 giorni (assoluta)	90 giorni	180 giorni

*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 D, E, F) 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. 39.1; b) in caso di esercizio di una delle attività lavorative pericolose indicate all’ART. 39.2.



**DECESSO DA
INFORTUNIO**

ART. 34 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’Aderente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario una prestazione pari:

- › Prima dell’avvio del periodo di ammortamento: 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 la prestazione nel caso abbia restituito parte del premio versato all’Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona la prestazione nel caso in cui il capitale assicurato iniziale dovesse risultare inferiore all’importo del mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

La prestazione liquidata in caso di sinistro verrà calcolata applicando un riproporzionamento del Mutuo al momento del sinistro per il rapporto tra il capitale assicurato e l’ammontare del Mutuo 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 = $60.000 \times 100.000 / 100.000$	
Esempio nel caso di capitale assicurato inferiore rispetto all’importo erogato				
€ 100.000	€ 50.000	€ 60.000	€ 30.000 = $60.000 \times 50.000 / 100.000$	

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

Carenza

La copertura assicurativa per il decesso da infortunio 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 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. 35 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.

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



**INVALIDITÀ
TOTALE
PERMANENTE DA**

Prestazione

Nei casi in cui venga accertata un'Invalidità Totale Permanente dell'Aderente/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: 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 che ha generato l'Invalidità Totale Permanente;
- › riproporciona la prestazione nel caso in cui la stessa abbia restituito parte del premio versato all'Aderente/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporciona la prestazione nel caso in cui il Capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

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

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.

AVVERTENZA: la Compagnia, si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, a visita medico-legale presso un proprio fiduciario l'Aderente/Assicurato e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Aderente/Assicurato, i suoi familiari e/o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Aderente/Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

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

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

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

Carenza

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



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.

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



INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO (ITT)

ART. 35.1 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. 36 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 Sinistro, la Compagnia liquiderà un Indennizzo pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 e per singolo cointestatario;
- › 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 e per singolo cointestatario.

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/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;
- › riproporziona l'Indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

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

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

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 infortunio 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. 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. 36.1 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. 37 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO

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.

COPERTURA ASSICURATIVA SOTTOSCRIVIBILE ESCLUSIVAMENTE DAI LAVORATORI DIPENDENTI DI AZIENDA PRIVATA CON CONTRATTO DI LAVORO DISCIPLINATO DALLA LEGGE ITALIANA, A TEMPO DETERMINATO O INDETERMINATO, DI ALMENO 16 ORE LAVORATIVE SETTIMANALI

Rischio assicurato

Ferme le esclusioni riportate nel Capitolo IV, il rischio assicurato è la Perdita Involontaria d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "messa in mobilità".

ESEMPIO DI RISCHIO ASSICURATO

CASO 1	Tizio, in qualità di dipendente della società Alfa, viene licenziato, unitamente ad altri 10 dipendenti della società Alfa, per esigenze di produzione e riorganizzazione aziendale, in quanto l'azienda Alfa ha registrato negli ultimi due anni perdite per oltre 1 milione di euro, senza alcun utile. In tal caso, la Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo oggettivo, indennizzerà Tizio nei limiti del Massimale stabilito, per il danno subito.
CASO 2	Tizio, dipendente della società Alfa, viene licenziato in quanto nell'ultimo mese ha riportato 3 richiami scritti dovuti ad assenza ingiustificata sul luogo di lavoro. La Compagnia, alla luce di tale licenziamento per giustificato motivo soggettivo, non coprirà il rischio e non indennizzerà il danno subito da Tizio.

Indennizzo

Fermo il periodo di Carenza contrattualmente previsto, in caso di sinistro, la Compagnia liquiderà un Indennizzo pari:

- › Prima dell'avvio del periodo di ammortamento del Mutuo: 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 disoccupazione e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointestatario;
- › 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 disoccupazione, e con il limite massimo di € 2.500 per singola rata mensile e per singolo cointestatario.

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/Assicurato a seguito di anticipata estinzione parziale;

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



PERDITA
D'IMPIEGO (PPL)

› riproporziona l'Indennizzo nel caso in cui il capitale assicurato dovesse risultare inferiore all'importo del Mutuo erogato al momento della sottoscrizione.

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

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

IMPORTO EROGATO	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO RATA IN SCADENZA DURANTE IL PERIODO DI DISOCCUPAZIONE	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

In caso di licenziamento comunicato all'Aderente/Assicurato durante il periodo di carenza pari a 90 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

Periodo di franchigia assoluta

La copertura assicurativa per il caso Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Periodo di riqualificazione

Qualora sia stato pagato parzialmente o totalmente un sinistro per disoccupazione, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione o messa in mobilità e l'inizio del secondo periodo di disoccupazione o messa in mobilità, l'Aderente/Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di azienda privata per un periodo pari a 180 giorni consecutivi.

ESEMPIO DI FUNZIONAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

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

CASO 1	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 2 Febbraio 2026. La Compagnia rifiuterà il sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato nei primi 90 giorni successivi Data di decorrenza delle Coperture assicurative e il Sinistro risulta quindi essere in Carenza.
CASO 2	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2026. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 20 luglio 2026. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nonostante l'Aderente/Assicurato sia stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza), la durata del periodo di inattività è inferiore a 30 giorni. Il Sinistro risulta quindi essere in franchigia.
CASO 3	L'Aderente/Assicurato riceve una lettera di licenziamento il 30 giugno 2026. Lo stesso, trova una nuova occupazione e viene assunto dal nuovo datore di lavoro il 2 Settembre 2026. La rata risulta essere in scadenza il 1° settembre 2026. La Compagnia liquiderà il Sinistro, in quanto l'Aderente/Assicurato è stato licenziato successivamente ai primi 90 giorni successivi Data di decorrenza delle Coperture assicurative (Carenza) la durata del periodo di inattività è superiore a 30 giorni (franchigia assoluta) e la rata risulta essere in scadenza successivamente a tale periodo. L'Aderente/Assicurato, a partire dal 2 settembre 2026, svolge la propria normale attività lavorativa per un periodo pari a 30 giorni al termine dei quali viene licenziato. La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto nel periodo intercorrente tra la fine del primo periodo di disoccupazione e l'inizio del secondo, l'Aderente/Assicurato non ha svolto per almeno 180 giorni consecutivi (periodo di riqualificazione), la propria normale attività lavorativa.

ART. 37.1 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.

La presente garanzia cessa di essere efficace in caso di Decesso ovvero di liquidazione di un Sinistro per Invalidità Totale Permanente.

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

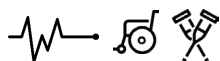
**ART. 38 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, CARENZE E FRANCHIGIE**

COPERTURA	CAPITALE ASSICURATO	IMPORTO MAX. RATA INDENNIZZATO*	FRANCHIGIA	CARENZA	PERIODO DI RIQUALIFICA.
Decesso da infortunio	compreso tra 25% dell'importo richiesto del Mutuo (min. € 10.000) e € 1.000.000	==	==	==	==
Invalidità 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)
Perdita d'Impiego da infortunio			30 giorni (assoluta)	90 giorni	180 giorni

*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 IV ESCLUSIONI



ART. 39 ESCLUSIONI

Le coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale previste da tutti i moduli del presente contratto 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 assicurative, 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.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
- suicidio avvenuto nei termini previsti dalla legge;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- sinistri causati da abuso od uso di medicine in dosi non prescritte dal medico;
- conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- sinistri occorsi durante o comunque in conseguenza dello svolgimento – anche occasionale – di una delle attività sportive pericolose indicate al successivo ART. 39.1;
- fatti conosciuti prima della stipula del contratto o è conseguenza diretta o indiretta di questi ultimi;
- produzione e/o uso di esplosivi.



La copertura Decesso non è inoltre operante nel seguente caso:

- suicidio e tentativi di suicidio nei termini previsti dalla normativa vigente.



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 assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.



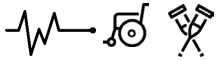
La copertura Inabilità Totale Temporanea non è inoltre operante nel seguente caso:

- 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;

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

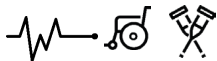
La copertura Perdita d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

- l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
- l'Assicurato ha un contratto di lavoro che preveda meno di 16 ore settimanali;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- dimissioni;
- qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia ovvero altri ammortizzatori sociali;
- il contratto di lavoro non è regolato dalla Legge italiana;
- l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione alla Polizza un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
- risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
- l'Assicurato non si presenti al lavoro a causa di condanna penale;
- licenziamento dovuto a malattie note o conosciute al momento della sottoscrizione del contratto.



ART. 39.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

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



ART. 39.2 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. 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;
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. 40 DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni.

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

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

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

AVVERTENZA: 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 all'indennizzo.

ART. 41 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, la Compagnia richiede la consegna dei documenti sotto riportati.

DECESSO

- › Certificato di morte;
- › Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza);
- › Copia del Testamento qualora esistente e/o Atto notorio da cui risulti che il Cliente sia deceduto senza lasciare disposizioni testamentarie, l'elenco completo degli eredi legittimi, la loro capacità di agire e giuridica e il grado di parentela, infine, che tra il de cuius e il coniuge superstite (qualora presente) non sia mai stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione personale, sentenza di divorzio o comunque di cessazione degli effetti civili del matrimonio.

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;

Inoltre, se l'Invalidità Totale Permanente è:

- 1) determinata da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
 - › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.
- 2) determinata da malattia:

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



- › Copia della documentazione medica o cartella clinica dalla quale si evince la data della prima diagnosi della malattia che ha causato l'Inabilità Totale Permanente.



INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA

- › Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;
- › Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal Dipendente di azienda privata;
- › Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione.

Inoltre, se l'Inabilità Totale Temporanea è:

1) determinata da infortunio:

- › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
- › Copia del referto delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
- › Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
- › Copia del certificato di pronto soccorso.

2) determinata da malattia:

- › Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa all'Inabilità Totale Temporanea.



PERDITA D'IMPIEGO

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

Inoltre, nel caso di dimissioni per giusta causa:

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

Per l'eventuale accredito delle prestazioni in seguito alla valutazione della documentazione, la Compagnia potrà 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.l.gs 231/2007 e art. 42 Regolamento 44/2019 IVASS, si astiene dall'eseguire l'operazione e valuta la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile.

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: 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. 42 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

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

ART. 43 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

ALLEGATO 1: TABELLA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE INAIL

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

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

Perdita totale, anatomica o funzionale di:		Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio			15%
Sordità completa bilaterale			60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio			35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi			40%
Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		Destro	Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale			8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale			18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace			11%
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace			30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite			25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica			15%
Per la perdita di un testicolo			0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola		50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola		40%	30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale		85%	75%
- per amputazione al terzo superiore		80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio		75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano		70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano		65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo		35%	30%
Perdita totale del pollice		28%	23%
Perdita totale dell'indice		15%	13%
Perdita totale del medio			12%
Perdita totale dell'anulare			8%
Perdita totale del mignolo			12%
Perdita della falange ungueale del pollice		15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice		7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio			5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare			3%
Perdita della falange ungueale del mignolo			5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice		11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio			8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare			6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo			8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:			
a. in semi pronazione		30%	25%
b. in pronazione		35%	30%
c. in supinazione		45%	40%

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

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

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

MODULO DI PROPOSTA

alla Polizza Collettiva N° _____ <nome commerciale>

PROPOSTA DI ADESIONE N° _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE:

A. DATI ADERENTE/ASSICURATO

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE NATO IL SESSO

CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENTE IN CAP

CITTÀ PROV. NAZIONE

DOMICILIO IN CAP

CITTÀ PROV. NAZIONE

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N°

ENTE DI RILASCIO EMISSIONE SCADENZA

CITTÀ PROV. NAZIONE

TEL. E-MAIL

B. DATI CONTRATTO DI MUTUO

ISTITUTO





Mutuo nuovo no SAL (non stato avanzamento lavori) NUMERO DI FINANZIAMENTO

DURATA mesi DURATA PREAMMORTAMENTO mesi

IMPORTO RICHIESTO

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





Si riportano di seguito i pacchetti sottoscrivibili in funzione dell'età dell'Aderente/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 malattia  <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio e malattia  <input type="checkbox"/> INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA da infortunio e malattia  <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

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 <input type="checkbox"/> PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

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, B o C) ovvero al Modulo Infortuni (Pacchetti D, E o F) 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

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE

D. 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 Mutuo fosse superiore a 120 mesi, a partire da tale termine le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia e Perdita d'Impiego, si rinnovano annualmente in maniera tacita, o per un periodo inferiore in caso di durata residua minore di 12 mesi, sino alla data di scadenza del Contratto, per l'importo di premio sotto indicato, 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 Mutuo fosse superiore a 120 mesi, a partire da tale termine le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Perdita d'Impiego, si rinnovano annualmente in maniera tacita, o per un periodo inferiore in caso di durata residua minore di 12 mesi, sino alla data di scadenza del Contratto, per l'importo di premio sotto indicato, 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.

E. DICHIARAZIONI DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

L'Aderente/Assicurato:

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;
- 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 della Compagnia, quale accettazione della presente Proposta di Adesione;
- che la Polizza decorre dalle ore 24 della data riportata nella Lettera di Conferma, fermo restando che l'efficacia della stessa è subordinata al pagamento del premio e all'esito favorevole delle verifiche in ambito della normativa Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali come da Condizioni di Assicurazione;
- che è in ogni caso possibile **recedere dalle Coperture assicurative entro 60 giorni dalla Data di decorrenza delle Coperture assicurative** (indicata nella Lettera di Conferma), ottenendo il rimborso totale del premio versato, al netto del costo di emissione e delle imposte versate, inviando la comunicazione tramite e-mail o lettera raccomandata A.R. indirizzata a CNP Assurances S.A. - CNP Caution S.A., Via Arbe 49 – 20125 Milano – portafoglio@cnpitalia.it;
- che in caso di capitale assicurato inferiore all'importo del Mutuo erogato (debito residuo in caso di Mutuo in essere), gli indennizzi saranno liquidati proporzionalmente in base al rapporto esistente tra i due importi;
- che le Compagnie, 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 Mutuo, tratteranno un costo pari a € <_> a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'operazione;
- che in virtù della pluriennalità 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;
- delle seguenti **AVVERTENZE: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese sulle informazioni e i dati richiesti per la valutazione del rischio assicurativo, possono compromettere il diritto alla prestazione. 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 suo carico; 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 ESPRESSAMENTE

- 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 Mutuo stesso, anche a diverse condizioni;**
- **di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione ovvero erogazione del Mutuo richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, le coperture richieste non saranno attivate;**
- di essere residente in Italia;
- di non esercitare una delle seguenti attività professionali pericolose: Acrobata; Domatore; Addestratore di animali operante in circhi o spettacoli; Addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali; Artista controfigura; Stuntman; Pilota di mezzi aerei; Equipaggio di mezzi aerei; Istruttore di volo; Pilota professionista (competizioni automobilistiche, motociclistiche e motoristiche in genere e relativi allenamenti); Addetto di impianti di energia nucleare; Collaudatore di veicoli, motoveicoli, aeromobili; Addetto al soccorso alpino e speleologico; 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;
- in caso di scelta del pacchetto B ovvero del pacchetto E, di essere Dipendente di Azienda privato con contratto disciplinato dalla legge italiana e di almeno 16 ore settimanali;
- 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.

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

IBAN del Titolare del Conto Corrente

G. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

AVVERTENZA: IN CASO DI MANCATA INDICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO OVVERO DEL REFERENTE TERZO, LA COMPAGNIA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

L'Aderente/Assicurato designa come Beneficiario/i della copertura assicurativa Decesso:

- Gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi in parti uguali
 I seguenti soggetti in forma nominativa:

BENEFICIARIO 1

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 2

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 3

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 4

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
TEL. E-MAIL % BENEFICIO

BENEFICIARIO 5

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE
RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP
TEL. E-MAIL % BENEFICIO

L'Aderente/Assicurato autorizza l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima della data del decesso SI NO

H. DICHIARAZIONE DI NOMINA DI UN REFERENTE TERZO

L'Aderente/Assicurato, per esigenze specifiche di riservatezza, dichiara di voler indicare il seguente Referente Terzo diverso dal Beneficiario a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso: SI NO

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE
CODICE FISCALE / P.IVA DATA DI NASCITA/COSTITUZIONE
CITTÀ PROV. NAZIONE

RESIDENZA / RESIDENZA FISCALE IN CAP TEL. E-MAIL **Data****Firma Aderente/Assicurato****(Per le sezioni A, B, C, D, E, F, G, H)****INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE****L'Aderente/Assicurato 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, l'Informativa sul trattamento dei dati personali e il Modulo di Denuncia sinistri;
- di aver **COMPRESO** e **ACCETTATO** le Condizioni di Assicurazione contenute nella documentazione consegnata.

Data**Firma Aderente/Assicurato****CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL C.C. L'ADERENTE/ASSICURATO DICHIARA DI APPROVARE SPECIFICAMENTE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ADESIONE E DI ASSICURABILITÀ), ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO, ART. 4 ATTIVITÀ PROFESSIONALI PERICOLOSE NON ASSICURABILI, ART. 7 COME POTERSI ASSICURARE, ART. 10 DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE, ART. 11 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 13 TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE, ART. 16 PERDITA DEI REQUISITI DI ADESIONE E 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. 32 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 34 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO, ART. 35 COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, ART. 36 COPERTURA DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO, ART. 37 COPERTURA PERDITA D'IMPIEGO, ART. 39 ESCLUSIONI, ART. 39.1 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE, ART. 39.2 ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ LAVORATIVE PERICOLOSE.

Data**Firma Aderente/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 Aderente/Assicurato**

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. e CNP CAUTION S.A., Compagnie assicurative operanti in Italia in regime di stabilimento, con sede in via Arbe 49, 20125 Milano, in qualità di Titolari del trattamento (di seguito **“Compagnia”**, **“Società”**, **“CNP”**) trattano 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. e CNP CAUTION S.A. hanno nominato, ciascuna rispettivamente, 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 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.
CNP CAUTION S.A.**
Ufficio Gestione Sinistri
Via Arbe, 49
20125 Milano (MI)
Email: sinistri@cnpitalia.it

Il presente modulo è ad uso facoltativo ed è stato redatto al solo scopo di facilitare gli utenti del Servizio Clienti nella presentazione delle notifiche di Sinistro. La notifica di Sinistro potrà essere inoltrata alla Compagnia anche con comunicazione libera da parte degli interessati.

Per gestire la pratica di Sinistro e identificare l'interessato denunciante, la Compagnia richiede la trasmissione di un documento identificativo in corso di validità, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Nel caso in cui la richiesta sia presentata da un soggetto diverso dall'Assicurato e/o dall'Aderente, occorre indicarne il grado di legittimazione (es: delega in qualità di beneficiario, erede, rappresentante legale, ecc...) e allegare la documentazione giustificativa (es: dichiarazione sostitutiva o atto notorio). In caso di assistenza legale, è richiesta copia del mandato conferito.

La documentazione necessaria varia a seconda del prodotto assicurativo e relative garanzie sottoscritte.

Io sottoscritto _____ in qualità di:

- Beneficiario
 Assicurato

presento la seguente denuncia di sinistro relativa alla

Polizza Collettiva n° _____ Proposta di Adesione n° _____

DATI DELL'ADERENTE

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

*da compilare solo in caso di Aderente persona giuridica

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

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

ISTRUZIONI

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

DECESSO

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

Inoltre, se il Decesso è:

- 1) determinato da infortunio:
 - › Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
 - › Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES S.A.

CNP CAUTION 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
reclami@cnppcaution.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

