



CNP QUINTO LIFE

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

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

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

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 07/2026

PAGINA BIANCA

CONTENUTI



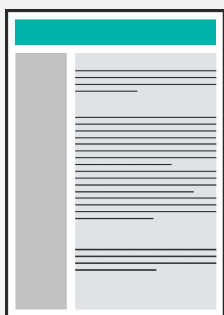
DIP VITA

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



DIP AGGIUNTIVO VITA

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

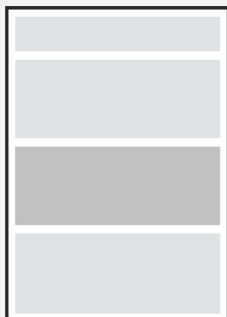
GLOSSARIO

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

CAPITOLO II – COPERTURA ASSICURATIVA – PRESTAZIONE

CAPITOLO III – ESCLUSIONI

CAPITOLO IV – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



DOCUMENTI INTEGRATIVI

FAC SIMILE – MODULO DI DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ASSICURAZIONE SULLA VITA CESSIONE DEL QUINTO STIPENDIO



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: Polizza CNP Quinto Life

Il presente DIP Vita è aggiornato a luglio 2026 ed è l'ultimo disponibile

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

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



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ Decesso dell'Assicurato derivante da tutte le cause, senza limiti territoriali.
La Compagnia corrisponderà al Beneficiario (sempre l'ente erogante del Prestito) una somma pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso dell'Assicurato.
La compagnia limita la prestazione ai sotto indicati massimali di montante assicurabile, a seconda delle sotto indicate tipologie:

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

¹ Azienda Terza Ceduta (datore di lavoro dell'Assicurato)



Che cosa NON è assicurato?

- Sono escluse dalla copertura assicurativa le persone fisiche che:
- ✗ non siano residenti in Italia
 - ✗ non siano lavoratori dipendenti a tempo indeterminato con contratto di diritto italiano presso una delle Aziende Terze Cedenti o Deleganti valutate positivamente dalla Compagnia;
 - ✗ non abbiano sottoscritto un contratto di Prestito con la Contraente, avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi, estinguibile mediante cessione di quote mensili di stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche);
 - ✗ se extra-comunitarie, non posseggano regolare permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo e abbiano cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti da ONU, UE e USA;
 - ✗ nel caso siano Dipendenti Pubblico-Statale non abbiano, al momento della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, un'età anagrafica compresa tra 18 anni e 73 anni calcolata alla Data di Decorrenza indicata dalla Contraente ed età non superiore a 75 anni (età anagrafica) alla data di scadenza del Prestito;
 - ✗ nel caso siano dipendenti di altre categorie non abbiano, al momento della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, un'età anagrafica compresa tra 18 anni e 65 anni calcolata alla Data di Decorrenza indicata dalla Contraente ed età non superiore a 67 anni (età anagrafica) alla data di scadenza del Prestito;
 - ✗ non si trovino in uno stato di salute idoneo così come richiesto dal Questionario Sanitario della Compagnia;
 - ✗ presentino indicazione della legge 104 a proprio favore sulle ultime due buste paga;
 - ✗ abbiano un contratto di formazione o apprendistato o tirocinio o stage o somministrazione;
 - ✗ abbiano provvedimenti disciplinari in corso o in passato;
 - ✗ si trovino in situazione di regime di prova, aspettativa, sospensione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro

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

(comprese: CIGS, mobilità, Cassa Edile, part-time verticale con sospensione della retribuzione) o in congedo parentale/maternità;

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! nel caso di dolo della Contraente e/o dei suoi Dipendenti nonché degli Agenti in attività finanziaria e dei Mediatori creditizi che distribuiscono i prestiti erogati dalla Contraente;
- ! se la Contraente o i suoi Dipendenti non sono autorizzati a svolgere la propria attività ai sensi di legge;
- ! qualora i Contratti di Prestito siano stipulati a fronte di cessioni di quote di stipendio non consentite dalla Legge 180 del 1950 e successive modifiche ed integrazioni.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

L'Assicurato dovrà esprimere il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice civile, tramite la compilazione e sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato (anche nella parte del Consenso al Trattamento dei dati personali particolari).

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



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

La copertura si perfeziona con l'emissione da parte della Compagnia del Certificato di Polizza, mentre la sua efficacia è comunque subordinata all'esito favorevole delle verifiche previste dalla normativa in materia di Sanzioni Internazionali, al pagamento del Premio, alla conclusione della Polizza Credito ed all'effettiva erogazione del Prestito.

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



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

Il Contraente può revocare la singola richiesta di inclusione per l'Assicurato fino al momento del perfezionamento del contratto di assicurazione, mediante dichiarazione di revoca da comunicare alla Compagnia, per il tramite del Partner Gestionale, in forma scritta.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

La polizza non prevede riscatti e riduzioni.

ASSICURAZIONE SULLA VITA CESSIONE DEL QUINTO STIPENDIO

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



Prodotto: CNP Quinto Life

Il presente DIP aggiuntivo Vita è aggiornato a luglio 2026 ed è l'ultimo disponibile.

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente 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.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

CNP ASSURANCES S.A., appartenente al Gruppo La Banque Postale, con Direzione Generale in Promenade Cœur de Ville, 4 - Issy-les-Moulineaux (Francia) - Numero verde 800.222.662; sito internet www.cnpitalia.it - e-mail info@cnpitalia.it - PEC cnp@pec.cnpitalia.it. La sede secondaria, con cui è concluso il contratto, è in Via Arbe, 49, 20125, Milano.

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

Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio approvato, si riportano i dati sulla situazione patrimoniale della Compagnia: Patrimonio Netto = 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 è disponibile sul sito internet di CNP Assurances S.A. al seguente link: <https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/investisseurs/resultats/resultats-et-donnees-financieres>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! quando la documentazione o parte di essa risulti falsa o falsificata;
- ! quando le firme apposte sui documenti contrattuali (finanziari e/o assicurativi) risultino apocriefe;
- ! quando il sinistro avvenga per partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni, guerra dichiarata o non dichiarata;
- ! qualora l'Assicurato risultato titolare di pensione di invalidità/inabilità in sede di istruttoria del prestito non abbia fornito, prima dell'inclusione in copertura, una copia del verbale rilasciato dalla commissione medica INPS, senza omissis, con eventuale ulteriore documentazione recente relativa alla patologia, e/o disturbi, che hanno causato l'invalidità;
- ! in caso di mancata erogazione del Prestito;
- ! in caso di inesistenza o nullità del contratto di Prestito;
- ! in caso di suicidio dell'Assicurato, se avvenuto nei primi 12 mesi dalla data di effetto della copertura assicurativa;
- ! in caso di adesione volontaria all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, n. 150, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo finanziario a garanzia pensionistica", all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232;
- ! in caso di morosità costituita dal mancato o ritardato versamento delle quote, da parte del Ceduto/Delegato, a beneficio della Contraente per cause diverse da quelle elencate nell'articolo 7 "Durata e Decorrenza Della Copertura Assicurativa";
- ! in caso di mancato rispetto, anche parziale, della procedura di attivazione della singola Copertura Assicurativa;
- ! in caso di dolo del Cedente/Delegante;
- ! per tutti i rischi nucleari e/o derivanti da contaminazioni biologiche e chimiche.

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alla Finanziaria (Contraente) iscritta nell'albo ex art. 106 del TUB che eroghi Prestiti estinguibili mediante cessione/deleghe di quote dello stipendio, ai sensi del D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni.

Assicurato è il lavoratore dipendente, a tempo indeterminato, che ha stipulato con la Contraente il sopra indicato Prestito.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Di seguito sono indicati i costi applicati al premio (sempre a carico del Contraente):

Costi di acquisizione e gestione (su premio netto imposte)	Costi di emissione	Costi di intermediazione (provvigioni)
- 20% per la garanzia Decesso	€20	il 12% del premio (al netto delle imposte) è corrisposto al Distributore per remunerare l'attività di distribuzione.

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

ARBITRO ASSICURATIVO	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
MEDIAZIONE	Interpellando un Organismo di Mediazione, tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://www.ec.europa.eu/fin-net). L'Assicurato potrà presentare reclamo al Médiateur de l'Assurance (TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09) e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org.

REGIME FISCALE

TRATTAMENTO FISCALE APPLICABILE AL CONTRATTO	I premi corrisposti dal Contraente possono costituire costo deducibile dal reddito d'impresa, nei limiti in cui siano inerenti all'attività d'impresa, ai sensi dell'articolo 109 del TUIR. Le somme eventualmente erogate dalla Compagnia a favore del Contraente, nei limiti in cui siano inerenti all'attività d'impresa, possono costituire componenti positive di reddito, ai sensi degli artt. 85, 86, 88 del TUIR, e concorrere alla formazione del reddito d'impresa.
---	---

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

È onere del Contraente verificare, in relazione al proprio regime contabile e fiscale, il corretto trattamento di premi e prestazioni, nonché assolvere agli obblighi dichiarativi tempo per tempo vigenti.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

GLOSSARIO

NORME CONTRATTUALI

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

CAPITOLO II – COPERTURA ASSICURATIVA – PRESTAZIONE

ART. 20	COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA	10
ART. 20.1	NON CUMULABILITÀ DELLE PRESTAZIONI FORNITE DALLA POLIZZA COLLETTIVA E DALLA POLIZZA CREDITO	10

CAPITOLO III - ESCLUSIONI

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

CAPITOLO IV - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

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

GLOSSARIO E DEFINIZIONI

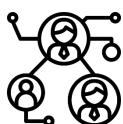
Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcune parole del glossario assicurativo, nonché quei termini che nella Polizza assumono convenzionalmente un significato specifico.

IMPORTANTI



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

SOGGETTI



- › **Assicurato:** la persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (es. Ministeri, Province, Regioni,...), aziende parapubbliche o aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato, con la quale la Contraente ha stipulato un Prestito rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto o Delega di pagamento e che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione.
- › **ATC (Amministrazione Terza Ceduta)/Ceduto/Delegato:** il datore di lavoro del Cedente/Delegante obbligato nei confronti della Contraente a versare la quota dello stipendio del Cedente/Delegante alla Contraente.
- › **Beneficiario:** il soggetto che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione. Il Beneficiario coincide con la Contraente che ha erogato il Prestito alla base della presente copertura vita.
- › **Cedente/Delegante:** coincide con l'Assicurato.
- › **Compagnia:** CNP Assurances S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede in Via Arbe, 49 – 20125 Milano. Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale viene stipulato il Contratto di Assicurazione.
- › **Contraente:** Figenpa S.p.A.; la Contraente viene definita anche come "Ente Erogante" o "Finanziaria".
- › **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione a tutela del consumatore.
- › **Lavoratore Dipendente di azienda privata:** persona fisica lavoratore dipendente a tempo indeterminato, con contratto regolato dalla Legge italiana, presso società di capitali con un numero di dipendenti pari o maggiore di 16, non rientrante in alcuna delle altre categorie (Dipendente pubblico-statale; Dipendente Para-pubblico, Dipendente Para-subordinato).
- › **Lavoratore Dipendente pubblico-statale:** persona fisica Dipendente della Pubblica Amministrazione a tempo indeterminato, inteso come dipendente pubblico in rapporto organico un Ministero o con altri Enti pubblici, e il lavoratore in servizio presso le amministrazioni dello Stato, civili e militari; le aziende di amministrazione dello Stato ad ordinamento autonomo; le Istituzioni Universitarie.
- › **Lavoratore Dipendente para-pubblico:** persona fisica Dipendente a tempo indeterminato di società di diritto privato partecipata da enti Pubblici, in misura non inferiore al 40%, dipendenti di Poste Italiane Spa, dipendenti dell'amministrazione ferroviaria.
- › **Lavoratore Dipendente para-subordinato:** persona fisica persona Dipendente a tempo indeterminato che svolge l'attività lavorativa di medico generico (o di base) convenzionato ASL, e medico pediatra che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri); medici convenzionati con attività ambulatoriale a tempo indeterminato e retribuzione fissa, che versano i contributi all'Ente Previdenziale ENPAM; medici psicologi (ENPAP), farmacisti (ENPAF), veterinari (ENPAV), biologi (ENPAB) a tempo indeterminato e retribuzione fissa.
- › **Partner Gestionale/Distributore:** il soggetto che ha intermediato il presente contratto che opera nell'interesse della Compagnia, nella specie HECA S.R.L. UNIPERSONALE, con sede legale in Via Roma, 42/B – 66026 Ortona (CH) iscritto al RUI con n. A000394782.

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

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI



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

LIMITAZIONI



- › **Esclusioni**: i rischi esclusi o le limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati nel Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione.
- › **Età anagrafica**: età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.
- › **Età assicurativa**: età presa in considerazione dalla Compagnia per il calcolo del premio. È calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore o uguale ai 6 mesi e computando come anno intero la frazione superiore ai 6 mesi.
- › **Massimale**: la somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Compagnia presta la copertura assicurativa.

DOCUMENTI



- › **Certificato di Polizza**: il documento con cui si perfeziona il Contratto di Assicurazione.
- › **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.
- › **Contratto di Assicurazione**: Contratto mediante il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si impegna a pagare una prestazione al verificarsi dell'evento assicurato.
- › **DIP Aggiuntivo Vita**: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- › **DIP Vita**: Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
- › **Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato**: documento sottoscritto dall'Assicurato attraverso il quale lo stesso acconsente alla conclusione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile e presta il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute.
- › **Questionario Medico Semplificato**: dichiarazione costituita da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.
- › **Questionario Sanitario**: la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia in fase di valutazione del rischio, ossia Questionario Medico Semplificato o Rapporto di Visita Medica.
- › **Rapporto di Visita Medica**: relazione scritta dal medico di fiducia dell'Assicurato (corredata da esami clinici adeguati) contenente le informazioni sanitarie relative allo stato di salute dell'Assicurato stesso, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.
- › **Set Informativo**: insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto. È composto da: DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione, Facsimile del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, Informativa sul trattamento dei dati personali.

FASI DEL CONTRATTO



- › **Conclusione del Contratto di Assicurazione o perfezionamento**: il momento in cui la Compagnia emette il Certificato di Polizza.
- › **Data di Decorrenza**: Il termine dal quale la copertura assicurativa è attivata, che coincide con le ore 24 del giorno di erogazione del Prestito concesso dalla Contraente, e viene indicata sul Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato.
- › **Data di emissione**: la data in cui vengono inseriti i dati relativi alla Copertura sul sistema informatico della Compagnia.

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

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

CAPITOLO I

NORME CONTRATTUALI



BOX DI CONSULTAZIONE

Questo è un box di consultazione. In esso troverai risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità. Questi spazi non hanno alcun valore contrattuale ma costituiscono solo una esemplificazione.

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione regolano l'attivazione delle coperture individuali alla Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con la Rappresentanza Generale per l'Italia della Compagnia CNP Assicurazioni S.A. a favore dei propri Clienti, ed il relativo rapporto contrattuale.

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

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

ART. 1 PER CHE COSA È POSSIBILE ASSICURARSI

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

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

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

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

La prestazione relativa alla singola copertura assicurativa è dettagliatamente descritta nel Capitolo II, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nel Capitolo III delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 2 REQUISITI PER POTERSI ASSICURARE (REQUISITI DI ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA E DI ASSICURABILITÀ)

La copertura assicurativa può essere attivata per la persona fisica che al momento della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato:

- 1) sia residente in Italia;
- 2) se extra-comunitario sia in possesso di permesso di soggiorno illimitato o di lungo periodo e non abbia cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti da ONU, UE e USA;
- 3) sia Cliente della Contraente e abbia sottoscritto con essa un contratto di Prestito, avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi, estinguibile mediante cessione di quote mensili di stipendio (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche);
- 4) alla Data di Decorrenza abbia un'età anagrafica compresa tra i 18 anni e i 73 anni, e non superiore a 75 anni data di scadenza del Prestito in caso di dipendente pubblico-statale;
- 5) alla Data di Decorrenza abbia un'età anagrafica compresa tra i 18 anni e i 65 anni, e non superiore a 67 anni in caso di dipendente privato, para-pubblico o para-subordinato;
- 6) sia un lavoratore dipendente a tempo indeterminato con contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana;
- 7) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico Semplificato, ovvero abbia fatto compilare e sottoscrivere al medico curante il Rapporto di Visita Medica, e lo stesso sia stato valutato positivamente dalla Compagnia;
- 8) soddisfi simultaneamente sia i requisiti di assicurabilità richiesti dalla presente Polizza Collettiva che i requisiti richiesti dalla Polizza Credito riportati nella rispettiva documentazione contrattuale;
- 9) non abbia un contratto di formazione o apprendistato o tirocinio o stage o somministrazione;
- 10) non abbia provvedimenti disciplinari in corso o in passato;
- 11) non presenti indicazione/non usufruisca della legge 104 a proprio favore sulle ultime due buste paga;
- 12) non sia in situazione di regime di prova, aspettativa, sospensione a qualsiasi titolo del rapporto di lavoro (comprese: CIGS, mobilità, Cassa Edile, part-time verticale con sospensione della retribuzione) o in congedo parentale/maternità;
- 13) non abbia volontariamente aderito all'anticipo finanziario a garanzia pensionistica di cui al D.P.C.M. 4 settembre 2017, "Regolamento recante norme attuative delle disposizioni in materia di anticipo

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



COPERTURA ASSICURATIVA

DECESSO



finanziario a garanzia pensionistica" n. 150, all'articolo 1, comma 173, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

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

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

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

ART. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 4 MONTANTE ASSICURATO E MASSIMALI

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

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, il montante massimo assicurabile deve rispettare i limiti sotto riportati.

DIPENDENTE DI ATC ² DI TIPO	MONTANTE LORDO MASSIMO ASSICURABILE	CUMULO MONTANTI CESSIONE+DELEGA
Privata	Cessioni: 55.000,00 € Deleghe: 45.000,00 €	100.000,00 €
Pubblica e statale	Cessioni: 80.000,00 € Deleghe: 50.000,00 €	130.000,00 €
Para-subordinata	Cessioni: 100.000,00 €	-
Para-pubblica	Cessioni: 70.000,00 € Deleghe: 30.000,00 €	100.000,00 €

La Compagnia non risponderà in nessun caso per somme superiori.

ART. 5 CUMULO

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

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

COSA SI INTENDE PER CUMULO?

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

² Azienda Terza Ceduta, è l'azienda Cedente o Delegante del Prestito e corrisponde al datore di lavoro dell'Assicurato.

ART. 6 COME POTERSI ASSICURARE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ai fini dell'attivazione della copertura, la Contraente dovrà trasmettere alla Compagnia per il tramite del Partner Gestionale dell'Impresa, via canale di trasmissione specificamente concordato, il Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato (debitamente compilato e sottoscritto) a cui dovrà allegare anche la seguente documentazione:

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

Gli estratti contributivi dovranno essere allegati al Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato:

- nel caso in cui l'Assicurato sia Militare o Medico Convenzionato e abbia un'età anagrafica pari o superiore a 50 anni alla Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza;

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

- in tutti gli altri casi, qualora l'Assicurato abbia un'età anagrafica pari o superiore a 55 anni alla Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

ART. 7 DURATA E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

In caso di esito positivo delle verifiche di cui all'art. 6, il Contratto di Assicurazione si perfeziona con l'emissione del Certificato di Polizza in cui viene indicata la Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa.

L'efficacia della Polizza rimane comunque subordinata:

- alla conclusione della Polizza Credito;
- all'esito favorevole delle verifiche previste dalla normativa in materia di Sanzioni Internazionali (effettuate dalla compagnia antecedentemente alla data di erogazione del Prestito, a seguito della quale la condizione sospensiva si intenderà integralmente avverata ai sensi e per gli effetti dell'art. 1360 del codice civile);
- all'effettiva erogazione del Prestito da parte della Contraente entro 90 giorni dalla Data di emissione, nonché
- al pagamento del Premio da parte della Contraente.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno di prima erogazione del Prestito in garanzia (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) e rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Prestito a condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato, e cessa ad ogni modo nei casi previsti dall'art. 10 "Termine della copertura assicurativa".

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

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

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

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

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

ART. 8 PREMIO

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

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

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

L'ammontare totale del Premio unico è indicato sul Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato.

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

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

ART. 9 OBBLIGO DI ASTENSIONE E SANZIONI ECONOMICHE

Ove, in fase di sottoscrizione del Contratto di Assicurazione, in corso di Contratto o al momento della liquidazione di prestazioni o della restituzione di premi, il soggetto sottoposto ad Adeguata Verifica della Clientela, ai sensi della normativa e dei regolamenti vigenti, non fornisca le informazioni o i documenti richiesti ai fini dell'adempimento degli obblighi in materia di Antiriciclaggio e Antiterrorismo, la Compagnia ai sensi dell'Art. 42 del D.lgs. 231/2007 e dell'Art. 42 del Regolamento IVASS 44/2019, si asterrà dall'instaurazione del rapporto continuativo, dall'esecuzione dell'operazione, ovvero dall'accettazione di modifiche contrattuali.

L'efficacia della Copertura Assicurativa resta subordinata all'esito delle verifiche eseguite dalla Compagnia sul nominativo del soggetto Assicurato/Cedente/Delegante ai sensi dei D.lgs. 109/2007 e D.lgs. 211/2025, e delle ulteriori disposizioni in materia di Sanzioni Internazionali.

La Compagnia valuterà, ai fini dell'applicazione della normativa in materia di Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Sanzioni Economiche, le richieste di pagamento destinate a Paesi o territori extracomunitari non cooperativi nello scambio di informazioni in materia Fiscale, ovvero Paesi o territori "non equivalenti", ai sensi della suddetta normativa Antiriciclaggio e Antiterrorismo, 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 destinate a Paesi o territori extracomunitari, indicati da organismi internazionali, quali GAFI (Gruppo d'Azione Finanziaria) e Commissione UE, "ad alto rischio", ovvero Paesi soggetti a misure restrittive

emanate da ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite), UE (Unione Europea), Repubblica italiana, Repubblica francese, OFAC (Office of Foreign Assets Control).

La Compagnia non darà seguito a richieste di operazioni o di modifiche contrattuali, ivi comprese l'offerta e la continuazione di coperture assicurative e l'esecuzione e l'accettazione di pagamenti, che non consentano il rispetto o che possano comportare la violazione, anche potenziale, di sanzioni, embarghi o misure restrittive adottate da ONU, UE, Repubblica italiana o francese, OFAC o che, comunque, possano esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione o restrizione.

ART. 10 TERMINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa ha termine:

- › in caso di decesso dell'Assicurato;
- › in caso di estinzione anticipata totale del Prestito;
- › in caso di accertamento e riconosciuta indennizzabilità di un sinistro per insolvenza conseguente a perdita d'impiego relativo alla copertura assicurativa complementare prestata dalla Compagnia Danni;
- › alla data di cessazione, per qualsiasi causa, della copertura assicurativa complementare prestata dalla Compagnia Danni;
- › in caso di inesistenza o nullità del Prestito dalla data di emissione;
- › mancata erogazione del Prestito entro 90 (novanta) giorni dalla Data di emissione;
- › in caso di mancato pagamento del Premio entro 90 (novanta) giorni dalla Data di emissione;
- › raggiungimento dell'età massima alla scadenza, fatto salvo il superamento di tale scadenza, ai sensi e per gli effetti dell'art 7;
- › in caso di apposizione di firme apocrife o falsificazione della documentazione per l'attivazione della Copertura da parte dell'Assicurato e/o del Contraente;
- › alla naturale scadenza del contratto di Prestito.

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

ART. 11 ESTINZIONE ANTICIPATA DEL PRESTITO

ANTICIPATA ESTINZIONE TOTALE

In caso di anticipata estinzione totale del Prestito (non successiva alla liquidazione della prestazione per Decesso), la copertura assicurativa cessa dalla data di anticipata estinzione totale del Prestito.

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

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

Dove:

PR = Premio rimborsato alla Contraente

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

D = durata iniziale della copertura assicurativa

t = tempo trascorso alla data di richiesta di rimborso

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

ε = costi di operazione per l'estinzione, pari a € 20.00

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DI RIMBORSO

DESCRIZIONE	IMPORTO
Premio pagato dalla Contraente al netto delle imposte e dei diritti (PT)	€ 83,37
Durata iniziale della copertura assicurativa (D)	72 mesi
percentuale dei costi della Compagnia (β)	32%
tempo trascorso alla data di richiesta di rimborso (t)	36 mesi
costi di operazione per l'estinzione (ε)	€ 20.00
Premio rimborsato alla Contraente (PR)	€ 7,71

Per l'estinzione la Compagnia applica costi di operazione pari a € 20.00

ART. 12 BENEFICIARIO

Il Beneficiario della presente garanzia (ai sensi della Legge 180/50) è la Contraente, Ente Erogante, del Prestito. Poiché la garanzia viene stipulata sulla vita di un terzo, ciascun Assicurato deve rilasciare, ai fini dell'art. 1919

C.C., una dichiarazione, contenuta nel Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, che autorizza il Contraente a stipulare un'assicurazione sulla di lui vita.

Nel caso in cui il contraente cedesse o trasferisse a terzi il contratto di prestito o i crediti da esso derivanti, il beneficiario delle somme assicurate sarà il terzo cessionario.

In caso di rifiuto del cambio beneficiario da parte della Compagnia, resta inteso che la Compagnia liquiderà la prestazione alla Contraente.

Rimangono salvi tutti i diritti e le facoltà riconosciuti al Contraente stesso dagli artt. 1920 e 1921 del Codice Civile.

ART. 13 DOVE VALE LA COPERTURA ASSICURATIVA

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

ART. 14 DENUNCIA DEL SINISTRO

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

ART. 15 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

ART. 16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 17 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 18 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 19 MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

CAPITOLO II

COPERTURA ASSICURATIVA – PRESTAZIONE



**DECESSO DA
INFORTUNIO E
MALATTIA**

ART. 20 COPERTURA DECESSO DA INFORTUNIO E MALATTIA

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

Rischio assicurato

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

Prestazione

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLO III

ESCLUSIONI



ART. 21 ESCLUSIONI

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

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

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

CAPITOLO IV

DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI



ART. 22 DENUNCIA DEI SINISTRI

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

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

Gli eredi dell'Assicurato devono altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione della prestazione prevista dalla presente Polizza. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

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

ART. 23 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA COMPAGNIA PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

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

DECESSO



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

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

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

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

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

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

SERVIZIO CLIENTI
N° Verde 800 222 662

ART. 24 MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

In base al Contratto di Assicurazione, la Compagnia corrisponderà l'eventuale prestazione (qualora liquidabile) direttamente al Beneficiario.

ART. 25 PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

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

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

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

A. DATI CONTRAENTE - ENTE EROGANTE - BENEFICIARIO

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

B. DATI ASSICURATO/CEDENTE/DELEGANTE

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

C. DATI AMMINISTRAZIONE TERZA CEDUTA/DELEGATA

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

D. DATI DEL PRESTITO

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

E. DATI RELATIVI AL PREMIO

PREMIO UNICO LORDO* €

*Comprensivo di costi di emissione pari a 20€.

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

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

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

AVVERTENZE: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le 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.

F. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO/CEDENTE/DELEGANTE

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

DICHIARA ESPRESSAMENTE

- di dare il consenso, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1919 del Codice Civile, alla stipula di una copertura assicurativa per il caso di premorienza, a beneficio della Contraente e a garanzia dell'estinzione del suddetto contratto di Prestito, risultando pertanto terzo rispetto a tale copertura e soggetto mero portatore del rischio assicurato;
- che ha ricevuto per il tramite della Contraente, il Set Informativo contenente DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione, Fac-simile del Modulo di Dichiarazioni dell'Assicurato, Informativa sul trattamento dei dati personali;
- che la validità del presente Modulo è subordinata alla compilazione, sottoscrizione e consegna della eventuale documentazione di carattere sanitario richiesta dalla Compagnia e indispensabile alla preventiva valutazione del rischio (che resterà priva di qualsiasi effetto in caso di mancata erogazione del Prestito);
- che tutte le informazioni fornite e contenute nel presente Modulo, nel Questionario Medico Semplificato ovvero nel Rapporto Di Visita Medica, anche se materialmente inserite da altri, sono complete ed esatte;
- che la sottoscrizione del presente Modulo ed il rilascio delle dichiarazioni ivi contenute non costituiscono né implicano la sottoscrizione da parte mia, di alcun contratto di assicurazione e che, pertanto, dalle polizze stipulate della Contraente non derivano obblighi o diritti in capo a me medesimo;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali la Compagnia abbia necessità di rivolgersi, in ogni tempo, per informazioni;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata erogazione del Prestito richiesto o di mancato assenso da parte della Compagnia, la copertura richiesta non sarà attivata;
- che la Compagnia potrà usufruire del diritto di surrogazione nei diritti della Contraente verso l'Assicurato/Cedente/Delegante in caso di corresponsione del debito residuo del finanziamento;
- di essere a conoscenza che l'efficacia della copertura è subordinata all'esito favorevole dei controlli da parte della Compagnia previsti dalla normativa in materia di Sanzioni Internazionali sulla mia persona;
- di trattenere copia della documentazione di carattere sanitario da me sottoscritta e di essere consapevole che le dichiarazioni contenute in tale documentazione saranno considerate valide purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 90 (novanta) giorni dalla data della già menzionata sottoscrizione e che, diversamente, sarò tenuto a ripetere le formalità di ammissione alla copertura, anche se non sono intervenuti cambiamenti del mio stato di salute;
- di fornire tempestiva comunicazione alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di eventuali nuovi fattori inerenti al mio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Modulo e la data di erogazione del Prestito, al fine di consentire alla Compagnia la corretta valutazione del rischio assicurato.

Data

Firma Assicurato/Cedente/Delegante



G. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI

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

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

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

☐ presto il consenso ☐ non presto il consenso

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

Data

Firma Assicurato/Cedente/Delegante



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

PAGINA BIANCA

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

Il Regolamento generale sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati contiene una serie di norme atte a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone.

La presente informativa (di seguito **"Informativa"**) è resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 679/2016 (di seguito il **"Regolamento"** o **"GDPR"**) per informarla circa il trattamento dei Suoi dati personali (di seguito **"Dati Personali"** o **"Dati"**).

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

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

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

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

SEZIONE 3 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

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

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

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

I Dati Personali saranno acquisiti direttamente da Lei, in qualità di Interessato, o raccolti presso soggetti terzi³ (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

³ I soggetti terzi, presso i quali i Suoi Dati Personali possono essere raccolti sono a titolo esemplificativo:

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

all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Compagnia è autorizzata, ai sensi delle attuali disposizioni normative, nonché per fornirle servizi di assistenza sui servizi e sui prodotti offerti, in ragione degli obblighi in tal senso discendenti dal rapporto contrattuale instaurato.

La base giuridica per queste finalità di trattamento è data dalla necessità di dar seguito alle Sue richieste e di dare esecuzione 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, quali l'attivazione della copertura, la raccolta premi, la trattazione dei reclami, la gestione e la liquidazione dei sinistri, attività di riassicurazione, assistenza sui servizi e sui prodotti oggetto di polizza. La Compagnia tratterà dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al Contratto di Assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto all'indennizzo e/o alla prestazione nonché per gestire eventuali reclami.

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

Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario ai fini dell'adempimento di obblighi previsti dalla normativa vigente/obblighi legali. Il trattamento dei Dati Personali è previsto, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa internazionale, europea, nazionale (norme primarie e secondarie) in ambito antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'Autorità di Vigilanza e controllo (ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale nonché in materia di sanzioni internazionali; la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso. La base giuridica relativa a questi trattamenti è quindi l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6.1.c del GDPR).

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

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

- per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un Contratto di Assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
- per difendere i diritti delle Società in sede giudiziale e stragiudiziale in caso di violazioni contrattuali ed extracontrattuali a danno del Titolare del trattamento;
- per finalità di sicurezza informatica, al fine di garantire la sicurezza delle reti ed evitare la compromissione della disponibilità, dell'autenticità, dell'integrità e della riservatezza dei Dati Personali conservati o trasmessi;
- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali. La base giuridica per questa finalità di trattamento è data dalla necessità di tutelare un interesse legittimo del Titolare (art. 6.1.f del GDPR).

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

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

1. **Società controllanti, controllate e collegate ai Titolare**, residenti nella comunità europea.
2. **Soggetti del settore assicurativo e diversi:** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; mediatori di assicurazione e di riassicurazione, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione elencati al punto 4, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo ivi compresa la posta elettronica); - società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; - società di servizi per il controllo delle frodi; - società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti; - società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari, che svolgono per conto del Titolare attività di consulenza e assistenza; - soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (*help desk, call center*, etc.); - società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale o da stipulare, compresi i servizi di fornitura della Firma elettronica (ad es. FEA) - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
3. **Autorità:** giudiziaria, amministrativa e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa), Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine.

4. **Intermediari:** Istituti finanziari e di credito, Banche, Agenti, Subagenti, Brokers ed ogni altro canale di distribuzione assicurativa.

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

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dal Titolare all'interno del territorio dell'Unione Europea ed in alcuni casi potranno essere altresì trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e Spazio Economico Europeo (SEE). In tali situazioni, il trasferimento avverrà nell'ambito delle finalità indicate nella presente Informativa, nel pieno rispetto della normativa vigente e in applicazione delle clausole contrattuali standard stabilite dalla Commissione Europea previa verifica delle garanzie offerte dal sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore e, se necessario, di altri meccanismi specifici di protezione.

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.

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



CONTATTI UTILI

CNP ASSURANCES S.A.

Via Arbe 49
20125 Milano

www.cnpitalia.it

info@cnpitalia.it

800 222 662

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO

portafoglio.cqs@hecamga.it

UFFICIO SINISTRI

sinistri.cqs@hecamga.it

UFFICIO RECLAMI

reclami@cnpitalia.it

DPO

dpo@cnpitalia.it

