



CARDIF CQP

CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

POLIZZA COLLETTIVA 5314-03

(data dell'ultimo aggiornamento: 01.12.2010)

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA, IL GLOSSARIO,
LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E IL CERTIFICATO DI ADESIONE
DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE E ALL'ADERENTE / ASSICURATO PRIMA
DELLA SOTTOSCRIZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA



GLOSSARIO

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario: soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal contratto.

Condizioni generali di assicurazione: Insieme delle clausole che disciplinano in via generale il contratto di assicurazione.

Capitale Assicurato/ Finanziato: il valore attuale, al TAN annuo d'interesse convenuto nel contratto di finanziamento, delle rate residue di rimborso del prestito di competenza del periodo successivo al Sinistro, come risultano dal piano di ammortamento definito alla stipula del contratto di finanziamento

Cessazione della garanzia: momento nel quale le garanzie assicurative cessano di avere effetto.

Contraente Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, eventualmente in forma di polizza collettiva.

Contratto di assicurazione: contratto attraverso il quale l'assicurato trasferisce all'Assicuratore un rischio al quale egli è esposto.

Costi di emissione: oneri generalmente costituiti da importi fissi per l'emissione del contratto assicurativo.

Decorrenza della garanzia: momento nel quale le garanzie assicurative cominciano ad avere effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale del premio: possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del premio versato per il contratto di assicurazione.

Ente Erogatore: persona giuridica concedente il Finanziamento.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni della copertura assicurativa, elencati nelle condizioni generali di assicurazione.

Fascicolo Informativo: Documento previsto dal Regolamento ISVAP 35/2010 da consegnare al contraente o all'aderente/assicurato prima della sottoscrizione del contratto, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione e, eventualmente, il modulo / certificato di adesione.

Finanziamento: contratto di prestito tra l'Aderente e l'Ente Erogatore, sottoscritto a condizione della stipula di una polizza vita di puro rischio a Premio unico, e da rimborsarsi mediante disposizione di quote della pensione mensile del Contraente medesimo.

Indennizzo, indennità o prestazione: somma dovuta dall'assicuratore in caso di sinistro.

Intermediario di assicurazione: persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione: Pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato

Montante: è la somma delle quote di pensione che l'Aderente deve complessivamente rimborsare all'Ente Erogatore per effetto del Finanziamento.

Parti: Contraente/Assicurato, Assicuratore.

Polizza: Documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza collettiva: Contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Polizza di assicurazione sulla vita: contratto di assicurazione con il quale l'Assicuratore si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

Polizza di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio: Somma dovuta all'assicuratore come corrispettivo per l'assunzione dei rischi previsti dal contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Proposta: documento del Fascicolo Informativo sottoscritto dal Contraente con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche e alle condizioni prestabilite.

Questionario Medico: documento che l'assicurato deve compilare, ove richiesto dall'Assicuratore, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.



NOTA INFORMATIVA della POLIZZA COLLETTIVA n. 5314-03 - CARDIF CQP -

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente e l'Aderente/Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Cardif Assicurazioni S.p.A. ha la propria sede sociale in Via Tolmezzo n. 15, 20132 Milano. La polizza collettiva n. 5314 - 03 che prevede la copertura assicurativa per Decesso è stipulata con Cardif Assicurazioni S.p.A., avente sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, P.IVA, CF e numero iscrizione al reg. Imprese di Milano 11552470152, R.E.A. n° 1475525 iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00126, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance. Telefono: 02.77224.1; sito internet www.cardif.it, e-mail: info@cardif.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Cardif Assicurazioni S.p.A. ha un Patrimonio Netto pari a 91,944 Milioni di Euro di cui 59,383 Milioni di Euro è il capitale sociale e 32,561 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari al 152,9%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni Assicurative e Garanzie offerte

La durata del contratto non potrà eccedere la durata del Finanziamento al quale lo stesso è abbinato.

In alcuni casi particolari, sono previsti termini di durata inferiori. Si rinvia all'art.3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. "CARDIF CQP" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio, che prevede la seguente copertura assicurativa:

- Prestazione in caso di decesso.

Si rinvia alle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Avvertenza: alla copertura assicurativa si applicano le esclusioni specificamente indicate all'art. 6.

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Certificato di adesione relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute.

4. Premi

Il Premio è unico e anticipato, dipende dal Montante e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione del Certificato di adesione)

Il contratto non prevede il diritto di riscatto dei premi versati.

Il premio è incluso nel capitale finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

Il presente contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Aderente:

- COSTI DI EMISSIONE: Euro 13,00.
- REMUNERAZIONE DELL'INTERMEDIARIO: in media 14,83% del premio; ad esempio, su un premio di Euro 100, la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 14,83.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, l'Assicuratore restituisce all'Aderente/Assicurato debitore la parte di premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'Aderente/Assicurato debitore può richiedere il mantenimento delle coperture assicurative fino alla scadenza originaria del contratto. Si rinvia all'art. 3.4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C - INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sull'Aderente/Assicurato

CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Sede sociale: Via Tolmezzo, 15 Palazzo D - 20132 Milano - Tel. 02 77 22 41 - Fax 02 76 00 81 49

Società per azioni - Capitale sociale € 59.383.334 i.v. - P.I., C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imp. Milano 11552470152 - R.E.A. n° 1475525

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996)

Iscritta all'albo imprese di assicurazioni e riassicurazione n. 1.00126

Società unipersonale soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance





5.1.1. Costi gravanti sul premio:

- COSTI DI EMISSIONE: Euro 13,00.
- CON RIFERIMENTO ALL'INTERO FLUSSO COMMISSIONALE E' RICONOSCIUTA IN MEDIA ALL'INTERMEDIARIO UNA QUOTA PARTE PARI A: 14,83% del premio; ad esempio, su un premio di Euro 100 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 14,83 .

6. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

7. Regime fiscale

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle coperture assicurative offerte da Cardif Assicurazioni S.p.A.:

- la totale esenzione da imposte sui premi versati;
- una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere l'importo massimo di Euro 1.291,14. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Aderente/Assicurato.
- la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari, in caso di Decesso.

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e la decorrenza delle coperture assicurative sono indicate all'art. 3 delle condizioni contrattuali.

9. Riscatto e riduzione

Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della copertura assicurativa.

10. Diritto di recesso

L'Aderente/Assicurato può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Cardiff – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano.

Poiché il Finanziamento è condizionato all'esistenza di una polizza sulla vita dell'Assicurato, il diritto di recesso dal Contratto entro 30 giorni dalla sua data di conclusione, previsto ai sensi dell'art. 177 del CAP, può essere esercitato ma, qualora il finanziamento sia ancora efficace, soltanto a condizione che la polizza sia sostituita dall'Assicurato con altra di oggetto equivalente ed a condizione di approvazione di tale sostituzione da parte del Contraente.

L'art.4 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso.

11. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni

Per la verifica della documentazione da presentare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni, si rinvia all'art.10 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante lo stesso.

Ai sensi dell'art. 2952 cod. civ. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la Compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

12. Legge Applicabile

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

14. Reclami

Reclami all'impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti:

Cardif Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami



presentati direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

15. Comunicazioni tra l'Aderente/Assicurato e la Compagnia

Le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato ovvero, qualora quest'ultimo ne abbia concesso apposita autorizzazione, presso l'indirizzo e-mail dallo stesso indicato

16. Conflitti d'interesse

La Compagnia vigila per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse. Nell'ambito delle operazioni in conflitti d'interesse, ha rilievo l'assegnazione di un mandato distributivo a favore dell'Ente erogatore società del Gruppo del quale è parte anche la Compagnia. In ogni caso, la Compagnia opera in modo da non recare pregiudizio agli assicurati e si impegna ad ottenere il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali situazioni avuto riguardo agli obiettivi assicurativi degli stessi.

**CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE
CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA**

Cardif Assicurazioni S.p.A.
Il Direttore Generale

Filippo Maria Nobile



DEFINIZIONI

Aderente: la persona fisica che, in relazione a un contratto di Finanziamento erogato dalla Contraente, ha aderito alla Polizza.

Assicurato: La persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratore - Compagnia: La polizza collettiva n. 5314- 03 che prevede la copertura assicurativa per Decesso è stipulata con Cardif Assicurazioni S.p.A., avente sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo, 20132 Milano, P.IVA, CF e numero iscrizione al reg. Imprese di Milano 11552470152, R.E.A. n° 1475525 iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00126, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

Attività sportiva professionistica: Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Contraente: BNL FINANCE S.p.A. che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono i Finanziamenti.

Certificato di Adesione: Documento con il quale l'Aderente aderisce alla Polizza.

Data di Decorrenza: le ore 00 del giorno di erogazione del Finanziamento da parte della Contraente.

Decesso: La morte dell'Assicurato.

Finanziamento: Contratto di prestito concesso dalla Contraente a fronte, ai fini del suo rimborso, della disposizione da parte del debitore di una quota della propria retribuzione mensile in favore della Contraente e sottoscritto a condizione della stipula di un contratto di assicurazione contro il rischio di Decesso.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia: Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: Limite dell'esposizione finanziaria dell'Assicuratore al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.

Parti: Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Polizza: La Polizza Collettiva 5314 – 03 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Portabilità: il trasferimento del contratto di Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

Premio: La somma dovuta all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Questionario Medico: Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Rapporto di Visita Medica: Relazione stilata dal medico di fiducia dell'Assicurando e corredata dagli esami clinici contenente le informazioni sanitarie richieste dall'Assicuratore relativamente allo stato di salute dell'Assicurando medesimo.

Sinistro: Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione

Art. 1. Oggetto della copertura

"CARDIF CQP" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio che offre, alle condizioni di cui all'art. 5, una copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato, valida in tutti i paesi del mondo.

Art. 2. Persone assicurabili e formalità di ammissione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica che sottoscriva un Finanziamento, sia un pensionato di qualsiasi ente previdenziale e rispetti i limiti di età per l'adesione e per il termine della copertura assicurativa come precisato al punto 2.1 "Limiti di età".

Ogni assicurando deve sottoscrivere il Certificato di adesione, incluso nel Fascicolo Informativo.

2.1. Limiti di età

L'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 anni e il compimento dell' 84° anno di età alla Data di Decorrenza. L'età massima alla scadenza del Finanziamento non deve superare il giorno di compimento del 85° anno.

2.2. Formalità di ammissione

Unitamente al Certificato di Adesione, l'assicurando deve presentare, secondo la modulistica prestabilita dall'Assicuratore, la documentazione di carattere sanitario, in funzione del Capitale Finanziato, dalla seguente tabella:

Capitale Finanziato	Documentazione medica richiesta*
A) Fino a Euro 55.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute
B) Superiore a Euro 55.000,00	Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dell'Assicuratore)

* Ai fini delle informazioni di carattere sanitario da fornire, si dovrà tener conto del cumulo di eventuali altri Finanziamenti assicurati dall'assicurando con l'Assicuratore.

Relativamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute, nel caso in cui l'assicurando ritenga di non poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Medico.

In caso di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, lo stesso sarà messo a disposizione dell'Assicuratore per il tramite della Contraente. Le informazioni inerenti lo 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 lo stato di salute dell'Assicurando, l'Assicurando stesso deve darne sollecita comunicazione all'Assicuratore al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.



Per ciascun Assicurando la garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, l'Assicurando è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute. Il Questionario Medico o al il Rapporto di Visita Medica dovranno essere inviati all'Assicuratore per il tramite della Contraente.

L'Assicuratore, relativamente alle formalità di ammissione B (Rapporto di Visita Medica), o nel caso di formalità di ammissione A) ove l'Assicurando compili il Questionario Medico, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. Il rifiuto o la conferma di accettazione del rischio verranno comunicati dall'Assicuratore all'assicurando, e alla Contraente per conoscenza.

Art. 3. Decorrenza e cessazione delle garanzie – Estinzione anticipata del Finanziamento

3.1. Decorrenza delle garanzie

La garanzia decorre dalla Data di Decorrenza, a condizione che il Premio previsto sia stato versato e che, per gli Assicurati che hanno compilato il Rapporto di Visita Medica o il Questionario Medico, l'Assicuratore abbia dato preventiva accettazione alla copertura.

3.2. Durata della garanzia

La durata dell'assicurazione è pari alla durata del Finanziamento e non potrà, comunque, superare le 120 rate mensili; la copertura assicurativa sarà estesa fino ad un massimo di altri 60 giorni in caso di eventuale slittamento temporale derivante dal ritardato addebito, da parte dell'ente delegato al pagamento, della rata di Finanziamento sulla pensione, anche nel caso in cui il cliente abbia superato alla scadenza il compimento dell'85° anno di età a causa del suddetto slittamento.

3.3. Cessazione della garanzia

La copertura assicurativa ha termine, per ciascun Assicurato:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento e comunque non oltre i 122 mesi dalla data di erogazione;
- al termine del secondo mese successivo al giorno di compimento degli 85 anni.
- in caso di estinzione anticipata del Finanziamento laddove l'Aderente abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

3.4. Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità la copertura assicurativa avrà termine, alla data di effetto dell'estinzione anticipata o della Portabilità, salvo che l'Aderente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria entro 15 giorni dalla richiesta di estinzione o Portabilità.

Nel caso in cui la copertura abbia termine, sarà restituita all'Aderente dalla Compagnia la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria; tale parte è calcolata, per il Premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché di capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio come quantificate sul Certificato di adesione.

Nel caso in cui la copertura non abbia termine poiché l'Aderente ne ha richiesto il mantenimento fino alla scadenza originaria, le garanzie rimangono in vigore fino al termine del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del Finanziamento, secondo il piano di rimborso originariamente sottoscritto.

Il mantenimento delle coperture potrà essere richiesto con le modalità di cui all'art. 13. Si invita in ogni caso l'Aderente a contattare il Servizio Clienti di Cardif al numero 840.70.19.10 (attivo lun - ven 8.30 -19.00; sab 09.00 - 13.00)

Art. 4. Diritto di recesso

Poiché il Finanziamento è condizionato all'esistenza di una polizza sulla vita dell'Assicurato, il diritto di recesso dal Contratto entro 30 giorni dalla sua data di conclusione, previsto ai sensi dell'art. 177 del CAP, può essere esercitato ma, qualora il Finanziamento sia ancora efficace, soltanto a condizione che la polizza sia sostituita dall'Assicurato con altra di oggetto equivalente ed a condizione di approvazione di tale sostituzione da parte del Contraente. Il recesso deve essere esercitato dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Aderente per il tramite della Contraente, del Premio versato al netto delle imposte e dei Diritti (spese amministrative per l'emissione del contratto), nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Art. 5. Condizioni e Prestazioni relative alla copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene prestata alle condizioni specificate di seguito :

Copertura assicurativa per Decesso

(I) Rischio assicurato: Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa, fatta salva l'applicazione delle esclusioni di cui all'art. 6.

(II) Prestazione assicurativa: Fermo il massimale di cui all'art. 9, l'Assicuratore liquida una somma pari al valore attuale, al TAN annuo d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento, delle rate residue di rimborso del Finanziamento di competenza del periodo successivo al Sinistro, come risultano dal piano di ammortamento definito alla stipula del contratto di Finanziamento stesso.

Art. 6. Esclusioni

La copertura relativa al rischio Decesso è esclusa nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;



- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- d) Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) infortuni già verificatisi o malattie già in essere, alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- g) Sinistri conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- h) Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- i) Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j) Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero in altre patologie ad essa collegate.

Art. 7. Beneficiari delle prestazioni

Salva diversa indicazione contenuta nel Certificato di adesione, Beneficiario è la Contraente, che fin d'ora accetta, ai fini di estinguere il debito dell'Aderente e fino a concorrenza delle somme dovute dall'Aderente medesimo per il Finanziamento; e, per l'eventuale eccedenza, gli aventi diritto dell'Aderente ai quali l'Assicuratore, per il tramite della Contraente, provvederà a versare tale eccedenza.

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento, laddove l'Aderente abbia optato per la continuazione della copertura, Beneficiario sono gli eredi dell'Aderente, cui l'Assicuratore provvederà a versare la prestazione. Nel caso di Portabilità, laddove l'Aderente abbia optato per la continuazione della copertura, Beneficiari sono gli eredi dell'Aderente ovvero l'ente che subentra nel Finanziamento.

Art. 8. Premi dell'assicurazione

Il Premio è unico e anticipato, dipende dal Montante e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione del Certificato di adesione). Il Premio è incluso nel capitale finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

L'ammontare totale del Premio unico, indicato sul Certificato di adesione è comprensivo dei costi.

Art. 9. Massimale

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è pari a Euro 75.000,00 per l'insieme delle operazioni di Finanziamento stipulate con la Contraente ed assistite dalla presente copertura assicurativa.

Art. 10. Denuncia dei Sinistri

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 840.70.19.10 (attivo lun - ven 8.30 -19.00; sab 09.00 - 13.00).

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

Decessa: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; in caso di effettuazione di autopsia, copia del reperto autoptico; se l'Assicurato ha lasciato testamento, copia autenticata del testamento e copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire; se l'Assicurato non ha lasciato testamento, copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Art. 11. Liquidazione dei Sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 giorni da tale ricezione. In ogni caso in cui l'Assicuratore effettui la liquidazione della Prestazione al Beneficiario al fine di estinguere il Finanziamento e, successivamente, sia riscontrata la non sussistenza del diritto alla Prestazione, detta liquidazione comporterà la surrogazione dell'Assicuratore nella posizione creditoria della Contraente, che all'uopo ha accettato. In tal caso, il credito sarà immediatamente ed integralmente esigibile con decadenza da ogni beneficio del termine.

Art. 12. Legge Applicabile

La legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

Art. 13. Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'Art. 17.(Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato ovvero qualora l'Aderente abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.



Art. 14. Cessione dei diritti

L'Aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 15. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente se relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16. Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione delle presenti Polizze, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Art. 17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a:

Cardif Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziarica.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

Art. 18. Tutela dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196

La Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di anticiclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi. All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale. La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Compagnia; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo "Titolare", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati. Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

- Cardif Assicurazioni S.p.A., in persona del Direttore Generale, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti / marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com

Codice Agente /Agenzia: _____ Agente /Referente: _____		Tel: _____ Fax: _____ e- mail: _____	
Capitale Finanziato richiesto €. _____ Durata (mesi) _____		gravano sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 13.	
In caso di rimborso del premio a seguito di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento le relative spese di rimborso sono pari a Euro 22.			
Cognome e nome _____		Codice Fiscale _____	
Data di nascita _____	Sesso _____	Luogo di Nascita _____	Prov _____
Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____		Città _____ Prov _____ CAP _____	
Tipo Documento* _____ Numero documento _____		Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____	

* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando **DICHIARA DI ADERIRE** alla polizza suddetta e **DICHIARA**:
 - di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione; di aver letto, ben compreso ed accettato il Fascicolo informativo relativo alla Polizza Collettiva n. 5314 - 03; di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione; di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Insieme al presente Certificato di Adesione, il sottoscritto fornisce, in relazione alla somma da assicurare ed all'età, le informazioni indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, in base a quanto di seguito riportato:

- a) Per capitali finanziati fino ad Euro 55.000: la **Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS)** riportata di seguito sul presente Certificato di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvede alla compilazione del **Questionario Medico (QM)**, consegnato su separato modulo.
 b) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il **Rapporto di Visita Medica (VM)** che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara di:

- avere una differenza tra la mia altezza (espressa in cm) ed il mio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
- di godere di buono stato di salute e, in particolare, di:
 - non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
 - non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
 - non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
 - non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*
 * salvo che per i seguenti casi: *appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsillite, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica*;
 - non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
 **esempi di malattie acute o croniche: *infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.*

Si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

L'Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni"; 7 "Beneficiari delle prestazioni"; 9 "Massimale"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 14 "Cessione dei diritti".

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art.13 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196) Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assicurazioni S.p.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

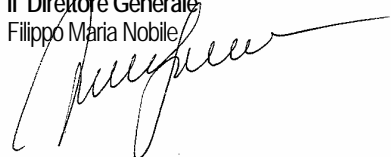
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DEL CONTRAENTE Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardif Assicurazioni S.p.A., la Contraente acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Luogo e data _____

Cardif Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale
 Filippo Maria Nobile



PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultano né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'Incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI

Codice Agente /Agenzia: _____ Agente /Referente: _____ Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____
Capitale Finanziato richiesto €. _____ Durata (mesi) _____ gravano sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, **costi totali pari a Euro _____** (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 13. In caso di rimborso del premio a seguito di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento le relative spese di rimborso sono pari a Euro 22.
Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov _____
Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov _____ CAP _____
Tipo Documento* _____ Numero documento _____ Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____
* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando **DICHIARA DI ADERIRE** alla polizza suddetta e **DICHIARA**:
- di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione; di aver letto, ben compreso ed accettato il Fascicolo informativo relativo alla Polizza Collettiva n. 5314 - 03; di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione; di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Insieme al presente Certificato di Adesione, il sottoscritto fornisce, in relazione alla somma da assicurare ed all'età, le informazioni indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, in base a quanto di seguito riportato:

- a) Per capitali finanziati fino ad Euro 55.000: la **Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS)** riportata di seguito sul presente Certificato di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvede alla compilazione del **Questionario Medico (QM)**, consegnato su separato modulo.
b) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il **Rapporto di Visita Medica (VM)** che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara di:

- avere una differenza tra la mia altezza (espressa in cm) ed il mio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105)
- di godere di buono stato di salute e, in particolare, di:
 - non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
 - non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
 - non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
 - non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*;
* salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica).
 - non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
**esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

L'Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni"; 7 "Beneficiari delle prestazioni"; 9 "Massimale"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 14 "Cessione dei diritti".

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art.13 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196) Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assicurazioni S.p.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

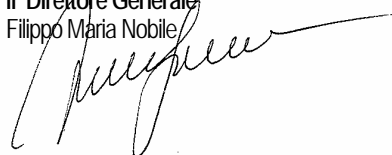
✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DEL CONTRAENTE Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardif Assicurazioni S.p.A., la Contraente acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Luogo e data _____

Cardif Assicurazioni S.p.A.
Il Direttore Generale
Filippo Maria Nobile



PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultano né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'Incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI

Codice Agente /Agenzia: _____		Agente /Referente: _____		Tel: _____		Fax: _____		e- mail: _____		
Capitale Finanziato richiesto € _____		Durata (mesi) _____		gravano sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, costi totali pari a Euro _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 13.						
In caso di rimborso del premio a seguito di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento le relative spese di rimborso sono pari a Euro 22.										
Cognome e nome _____					Codice Fiscale _____					
Data di nascita _____		Sesso _____		Luogo di Nascita _____			Prov _____			
Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____				n° _____		Città _____		Prov _____		CAP _____
Tipo Documento* _____		Numero documento _____		Rilasciato da _____		Data Rilascio _____		Luogo Rilascio _____		
* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio										

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando **DICHIARA DI ADERIRE** alla polizza suddetta e **DICHIARA:**

- di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione: di aver letto, ben compreso ed accettato il Fascicolo informativo relativo alla Polizza Collettiva n. 5314 - 03; di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione; di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Insieme al presente Certificato di Adesione, il sottoscritto fornisce, in relazione alla somma da assicurare ed all'età, le informazioni indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, in base a quanto di seguito riportato:

- a) Per capitali finanziati fino ad Euro 55.000: la **Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS)** riportata di seguito sul presente Certificato di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvede alla compilazione del **Questionario Medico (QM)**, consegnato su separato modulo.
- b) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il **Rapporto di Visita Medica (VM)** che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara di:

- avere una differenza tra la mia altezza (espressa in cm) ed il mio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
 - di godere di buono stato di salute e, in particolare, di:
 - non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
 - non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
 - non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
 - non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*;
- * salvo che per i seguenti casi: *appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica.*
- non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- **esempi di malattie acute o croniche: *infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.*

Si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

L'Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni"; 7 "Beneficiari delle prestazioni"; 9 "Massimale"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 14 "Cessione dei diritti".

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art.13 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196) Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assicurazioni S.p.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

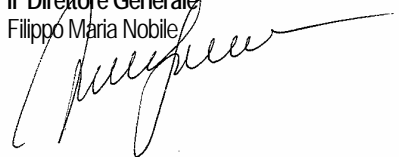
✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DEL CONTRAENTE Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardif Assicurazioni S.p.A., la Contraente acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Luogo e data _____

Cardif Assicurazioni S.p.A.
 Il Direttore Generale
 Filippo Maria Nobile



PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultano né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'Incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI

Codice Agente /Agenzia: _____ Agente /Referente: _____ Tel: _____ Fax: _____ e- mail: _____
Capitale Finanziato richiesto €. _____ Durata (mesi) _____ gravano sull'Aderente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, **costi totali pari a Euro** _____ (di cui Euro _____ sono riconosciuti all'intermediario). Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 13.
In caso di rimborso del premio a seguito di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento le relative spese di rimborso sono pari a Euro 22.
Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov _____
Indirizzo Residenza: Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov _____ CAP _____
Tipo Documento* _____ Numero documento _____ Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____
* 01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=altro documento ammesso ai fini antiriciclaggio

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando **DICHIARA DI ADERIRE** alla polizza suddetta e **DICHIARA**:
- di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, ben compreso ed accettato il Fascicolo informativo relativo alla Polizza Collettiva n. 5314 - 03; di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione, di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Insieme al presente Certificato di Adesione, il sottoscritto fornisce, in relazione alla somma da assicurare ed all'età, le informazioni indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, in base a quanto di seguito riportato:

- a) Per capitali finanziati fino ad Euro 55.000: la **Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS)** riportata di seguito sul presente Certificato di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvede alla compilazione del **Questionario Medico (QM)**, consegnato su separato modulo.
b) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il **Rapporto di Visita Medica (VM)** che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto dichiara di:

- avere una differenza tra la mia altezza (espressa in cm) ed il mio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
 - di godere di buono stato di salute e, in particolare, di:
 - non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
 - non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
 - non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
 - non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni*;
- * salvo che per i seguenti casi: *appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica.*
- non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica** e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
- **esempi di malattie acute o croniche: *infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.*

Si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Assicurato, è pari a Euro 230.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

L'Aderente/Assicurando dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 6 "Esclusioni"; 7 "Beneficiari delle prestazioni"; 9 "Massimale"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 14 "Cessione dei diritti".

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art.13 D. lgs 30 Giugno 2003 n.196) Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Cardif Assicurazioni S.p.A., che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN FAVORE DEL CONTRAENTE Sono consapevole che, in occasione dell'attivazione del rapporto assicurativo con Cardif Assicurazioni S.p.A., la Contraente acquisirà, oltre ai miei dati personali, anche dati sensibili (ad esempio, riguardanti il mio stato di salute), che tratterà con la massima riservatezza e sempre nei limiti in cui essi siano strumentali per la specifica finalità perseguita con il rapporto assicurativo. A tal fine, presto il mio consenso al relativo trattamento.

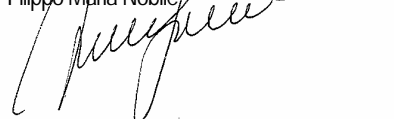
✓ **FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURANDO** _____

Luogo e data _____

Cardif Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale

Filippo Maria Nobile



PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO

Si dichiara ai sensi e per gli effetti degli artt. 15 e ss. D. Lgs. n. 231/07, e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle disposizioni a contrasto del Finanziamento del terrorismo, sotto la propria responsabilità, sia civile sia penale, di aver identificato la persona sopra indicata, apprendendone i dati civilistici e fiscali unitamente a copia dei documenti stessi; documenti che si dichiara non risultare né alterati né contraffatti.

In relazione agli adempimenti di cui al D. Lgs. N. 196/2003 (cd. Privacy) si dichiara di aver agito con le necessarie qualifiche e di aver osservato tutti gli adempimenti a me ascritti, anche in ordine alle modalità di invio della documentazione e di conservazione della stessa.

Luogo e Data _____

Firma e timbro dell'incaricato _____

TUTTE LE INFORMAZIONI SOPRA RICHIESTE, AI SENSI DEGLI ARTT. 21 e 23 D. Lgs. n. 231/07 SONO DA INDICARE SEMPRE ED OBBLIGATORIAMENTE, DA PARTE DEL CONTRAENTE ADERENTE, E DA VERIFICARE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO. SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI