



Polizza BNL Continuity Premium

Polizza Collettiva
N. 5339/03

Data ultimo aggiornamento: 18.12.2015

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- La Nota informativa ed il Glossario;
- Le Condizioni di assicurazione;
- Il Modulo di adesione alla copertura assicurativa.

Il Fascicolo informativo deve essere consegnato al Contraente e all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.





NOTA INFORMATIVA POLIZZA COLLETTIVA n. 5339/03

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS medesimo.
Il Contraente, l'Impresa Aderente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Per la consultazione di ogni eventuale modifica delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivante da innovazioni normative si rimanda al sito internet www.bnpparibascardif.it

A - **INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

1. Informazioni generali

La polizza collettiva n. 5339/03 che prevede la copertura assicurativa per Decesso e Invalidità Permanente è stipulata con BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. (di seguito Cardif Vita 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 Cardif.

Telefono: 02.77224.1 sito internet: www.bnpparibascardif.it;
PEC: cardifspa@pec.cardif.it; e-mail: informazioni@cardif.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Cardif Vita S.p.A. ha un Patrimonio Netto pari a 961,220 Milioni di Euro di cui 195,210 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 766,010 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 a 1,26.

Avvertenza: i dati patrimoniali di cui sopra sono quelli risultanti alla data dell'ultimo bilancio.

B - **INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto è abbinato al finanziamento erogato dalla Banca nazionale del Lavoro S.p.A.

La durata del contratto non potrà eccedere 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.

La Polizza offre le seguenti coperture assicurative di ramo vita:

- a) Prestazioni in caso di Decesso
- b) Prestazioni in caso di Invalidità Permanente

La Polizza offre, inoltre, in via complementare sul ramo vita, la seguente copertura assicurativa danni:



c) Prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale

Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni

Avvertenze:

Alla copertura assicurativa di cui alla precedente lett. C si applica un periodo di franchigia.

Alla copertura assicurativa di cui alla precedente lett. C si applica una Carenza.

Alle coperture assicurative si applicano le esclusioni specificamente indicate all'art. 6 delle Condizioni di assicurazione

Per tutte le coperture indicate è previsto un limite massimo di età assicurabile, indicato nell'art. 2 delle Condizioni di assicurazione ed è prevista l'applicazione di un massimale indicato nell'art. 9 delle Condizioni di assicurazione.

Si richiama l'attenzione dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle Informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute.

Esemplificazioni:

Il Periodo di franchigia è un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle condizioni di assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un periodo di franchigia di 30 (trenta) giorni, la Prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della copertura.

La Carenza è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione, durante il quale l'efficacia della copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una carenza di 60 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Il Massimale è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Massimale pari a Euro 1.000,00 e gli interessi debitori maturati dal conto corrente ammontino a Euro 1.500,00, l'Assicuratore corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 1.000,00.

4. Premi

Il premio è unico e anticipato. Il suo ammontare dipende dall'importo e dalla durata della copertura.

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

Il pagamento del premio per la copertura assicurativa della somma assicurata avverrà in un'unica soluzione con addebito sul conto corrente indicato nel modulo di adesione.

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



- COSTI DI EMISSIONE: Euro 76,00
- REMUNERAZIONE DELL'INTERMEDIARIO: in media 31,50% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile di Euro 100,00, la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 31,50.

L'Assicuratore riconosce inoltre all'intermediario, tenendo i relativi importi a proprio esclusivo carico, forme di partecipazione agli utili del prodotto assicurativo.

Avvertenza: in caso di Estinzione Anticipata o Portabilità del Finanziamento, l'Assicuratore restituisce all'Impresa Aderente debitore la parte di premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'Impresa Aderente 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

5.1. Costi gravanti direttamente sull' Impresa Aderente

5.1.1. Costi gravanti sul premio:

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

- COSTI DI EMISSIONE: Euro 76,00
- CON RIFERIMENTO ALL'INTERO FLUSSO COMMISSIONALE E' RICONOSCIUTA IN MEDIA ALL'INTERMEDIARIO UNA QUOTA PARTE PARI A: 31,50% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile di Euro 100,00, la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 31,50.

L'Assicuratore riconosce inoltre all'intermediario, tenendo i relativi importi a proprio esclusivo carico, forme di partecipazione agli utili del prodotto assicurativo.

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 Vita S.p.A.:

- la totale esenzione da imposte sui premi versati in relazione alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente;
- un'imposta sui premi versati nella misura del 2,50% in relazione alla garanzia Inabilità Temporanea Totale;
- una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei premi versati in relazione alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente entro i limiti della normativa vigente. 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 o Invalidità Permanente.



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 agli artt. 2 e 3 delle condizioni contrattuali.

9. Riscatto e riduzione

Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della Polizza.

10. Diritto di recesso

L'Impresa Aderente può recedere dalle Polizze entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Cardiff – Customer Care – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano ovvero mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Impresa Aderente, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle spese di emissione di cui al precedente punto 5.1.1 delle imposte e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, l'Assicuratore può proporre la sottoscrizione di contratti di assicurazione danni di durata poliennale qualora accordi un premio ridotto rispetto alla corrispondente tariffa annuale. In tal caso, L'Impresa Aderente potrà recedere annualmente dal contratto a condizione che siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dalla data di sottoscrizione, mediante comunicazione da inviare all'Assicuratore con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 (cinque) anni il recesso annuale non è consentito.

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 dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Per la sola garanzia Inabilità Temporanea Totale, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

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 e la gestione dei sinistri, 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:

- BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com.

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità sottoelencate previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'IVASS

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

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo inviato all'IVASS 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 ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e 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'IVASS che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

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

Le comunicazioni da parte dell'Impresa Aderente/Assicurato alla Compagnia, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Customer Care – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261, o chiamando il Servizio Clienti al n° 800.070.988. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Impresa Aderente/Assicurato.



16. Conflitti d'interesse

La Compagnia vigila per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse. Nell'ambito delle operazioni in conflitto d'interesse, ha rilievo l'assegnazione di un mandato distributivo a favore della Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., Società del Gruppo del quale è parte anche la Compagnia. In ogni caso, l'Impresa, pur in presenza del conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio agli Aderenti e si impegna ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

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

Cardif Vita S.p.A.
Il Rappresentante Legale

Isabella Fumagalli



GLOSSARIO VITA

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.
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.
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 di adesione.
Franchigia	Clausola contrattuale che limita sul piano quantitativo la garanzia prestata dall'assicuratore, sulla base della quale una parte del danno rimane a carico dell'assicurato.
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.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.
Liquidazione	Pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Massimale	Limite dell'esposizione finanziaria dell'assicuratore al di là del quale le conseguenze economiche del sinistro restano a carico dell'assicurato.
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.
Premio unico	Premio corrisposto in un'unica soluzione all'assicuratore al momento della conclusione del contratto.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Questionario sanitario (o anamnestico)	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.
Cessazione della garanzia	Momento nel quale le garanzie assicurative cessano di avere effetto.
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.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA n. 5339/03

DEFINIZIONI:

Aderente: L'impresa che ha sottoscritto il Finanziamento concesso dalla Contraente e che ha aderito alla Polizza.

Assicurato: la persona fisica, per la quale è prestata l'assicurazione, che in relazione a un contratto Finanziamento erogato dalla Contraente ha aderito alla Polizza.

Assicuratore-Compagnia: BNP PARIBAS CARDIF VITA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE S.P.A. (di seguito Cardif Vita S.p.A.), con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo -20132 Milano, capitale sociale Euro 195.209.975,00, PEC cardifspa@pec.cardif.it, P. IVA, C.F e numero di 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 Cardif.

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.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivano o abbiano sottoscritto Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

Data di Decorrenza: le ore 24 della data indicata nel campo "data di decorrenza" del Modulo di adesione sottoscritto dall'Impresa Aderente.

Debito Residuo: debito residuo in linea capitale del Finanziamento risultante alla data del Sinistro con esclusione di eventuali importi di rate insolute.

Decesso: la morte dell'Assicurato.

Domanda di copertura: il documento con il quale l'Impresa Aderente manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza.

Finanziamento: il finanziamento ipotecario o chirografario, concesso dalla Contraente all'Impresa Aderente, con durata di ammortamento non superiore a 240 mesi e con periodo di preammortamento non superiore a 36 mesi.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'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.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

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

Modulo di Adesione: il documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Impresa Aderente.

Parti: Impresa Aderente, Contraente, Assicuratore.



Pacchetto Assicurativo: l'insieme delle garanzie assicurative prestate dalla Polizza n. 5339/03.

Piano di Ammortamento Francese: piano di ammortamento con rata costante costituita sia da quota capitale che da quota interessi, senza periodo di preammortamento.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti condizioni di assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna indennità.

Periodo di preammortamento: periodo durante il quale la rata del finanziamento è costituita dalla sola quota interessi.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5339/03 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Portabilità: l'esercizio da parte dell'Aderente della facoltà di surrogazione di cui all'art. 1202 del Codice Civile, con conseguente trasferimento del Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Somma Assicurata: la somma indicata nel Modulo di Adesione per cui è prestata la copertura.

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'art. 5, le seguenti garanzie:

- Copertura per Decesso;
- Copertura per Invalidità Permanente;
- Copertura per Inabilità Temporanea Totale.

Le garanzie sopra elencate fanno parte di un unico Pacchetto Assicurativo a cui si potrà aderire mediante un unico atto d'adesione. Le garanzie non possono essere offerte separatamente.

Art. 2 Requisiti di assicurabilità e ammissione alla copertura assicurativa

Art. 2.1 Requisiti di assicurabilità

E' assicurabile la persona fisica, indicata dall'Impresa Aderente, la quale:

- è collaboratore, socio o dipendente della stessa Impresa Aderente;
- ha un'età, al momento dell'adesione non superiore ai:
 - 66 anni, in caso di copertura abbinata ad un Finanziamento di nuova erogazione;
 - 56 anni, in caso di copertura abbinata ad un Finanziamento già in essere;
- abbia un'età al termine della copertura non superiore ai 75 anni.

L'assicurando deve poter rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia ovvero il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica, secondo quanto indicato al successivo art. 2.2 "Formalità di adesione".

Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di quattro persone. La massima somma assicurabile per ogni persona è pari a Euro 520.000,00 tenendo conto del cumulo di ogni altra Somma Assicurata dall'assicurando con l'Assicuratore.

Art. 2.2 Formalità di ammissione

L'Impresa Aderente manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Domanda di Copertura.

La Domanda di Copertura ha validità pari a 180 giorni dalla data della sua sottoscrizione; pertanto, la copertura assicurativa non sarà efficace qualora la Data di Decorrenza della copertura, come individuata in base alle presenti Condizioni di Assicurazione, cada successivamente al 180° giorno dalla data di sottoscrizione della Domanda di Copertura.

L'assicurando dopo aver sottoscritto la Domanda di Copertura, in funzione della somma assicurata



complessiva* e della sua età al momento di sottoscrizione della Domanda di Copertura, dovrà alternativamente, così come previsto dalla tabella sotto riportata:

- sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
- compilare e sottoscrivere il Questionario Medico;
- fornire il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

Somma assicurata complessiva*	Età dell'assicurato da 18 o a 60 anni	Età dell'assicurato da 61 a 65 anni
fino a Euro 200.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute (mod. DBS/01/14)	Questionario Medico (mod. QM/01/14)
da Euro 200.000,01 a Euro 300.000,00	Questionario Medico (mod. QM/01/14)	Questionario Medico (mod. QM/01/14)
da Euro 300.000,01 a Euro 520.000,00	Rapporto Visita Medica (mod. VM/01/14)	Rapporto Visita Medica (mod. VM/01/14)

- *Ai fini delle informazioni di carattere sanitario da fornire, si dovrà tener conto del cumulo di eventuali altre somme assicurate dall'assicurato con l'Assicuratore.*

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

Analogamente, con riferimento alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico, l'assicurato, qualora lo preferisse, potrà fornire il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

In caso di sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, la copertura si intende accettata da parte dell'Assicuratore a seguito della stessa sottoscrizione.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico e del Rapporto di Visita Medica essi sono inviati dall'assicurato all'Assicuratore per il tramite della Contraente. In questo caso, l'Assicuratore si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. In tali casi, l'Assicuratore si impegna a comunicare tempestivamente, e comunque entro sette giorni lavorativi dalla data di ricevimento dell'integrale ricevimento della documentazione sanitaria richiesta, l'accettazione o il rifiuto del rischio all'assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

L'adesione alla Polizza si perfeziona, indipendentemente dalla modalità assuntiva effettuata dall'assicurato, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 3 Decorrenza, Durata e Cessazione delle garanzie – Estinzione anticipata del Finanziamento - Accollo e Portabilità

Art. 3.1 Data di Decorrenza delle garanzie

Le garanzie decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Art. 3.2 Durata delle garanzie

Art. 3.2.1 Durata delle garanzie equivalente alla durata del Finanziamento

Fatto salvo quanto previsto al successivo 3.2.2., la durata delle garanzie è pari al periodo di tempo intercorrente tra la Data di Decorrenza indicata sul Modulo di Adesione e la data prevista per il pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento.

Art. 3.2.2 Durata della garanzie in relazione al periodo di ammortamento indicato nel Modulo di Adesione

Qualora non vi sia coincidenza tra la data prevista per il pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento e la data di termine dell'ammortamento desumibile dal Modulo di Adesione, la durata delle garanzie assicurative è pari al periodo di tempo intercorrente tra la Data di Decorrenza indicata nel Modulo di



Adesione e la data di termine dell'ammortamento desumibile dal Modulo di Adesione.

Art. 3.2.3 Finanziamenti con durata di ammortamento variabile

Per i Finanziamenti che prevedano la possibilità di modifica della durata (rata fissa, tasso e durata variabili), eventuali estensioni della durata dell'ammortamento del Finanziamento non modificheranno la durata delle garanzie assicurative determinata al momento dell'adesione.

Art. 3.3 Cessazione delle garanzie

Le garanzie hanno termine:

- alle ore 24 della data di termine del periodo di ammortamento indicato nel Modulo di Adesione;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dalle presenti condizioni di assicurazione;
- in caso liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente;
- in caso di estinzione anticipata o accollo liberatorio del Finanziamento o di Portabilità laddove l'Impresa Aderente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto.

Art. 3.4 Estinzione anticipata del Finanziamento, accollo e Portabilità

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

Nel caso in cui la copertura abbia termine, sarà restituita all'Impresa Aderente 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 del 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 Modulo di adesione.

Nel caso in cui la copertura non abbia termine poiché l'Impresa Aderente ne ha richiesto il mantenimento fino alla scadenza originaria, le garanzie rimangono in vigore fino alla scadenza originaria della copertura stessa.

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 verde 800.070.988** (attivo lun - ven 8.30 -19.00; sab 09.00 - 13.00).

Art 3.5 Cessazione del rapporto tra Impresa Aderente ed Assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato cessi qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa Aderente, quest'ultima ha la facoltà di sostituirlo indicando una nuova persona da assicurare che risponda ai requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2.1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, ovvero di disdire l'adesione alla Polizza.

Art 3.5.1 Nel caso l'Impresa Aderente decida di sostituire l'Assicurato, l'Impresa stessa è tenuta a dare comunicazione all'Assicuratore della cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione dell'Assicurato con l'Impresa Aderente e del nominativo del collaboratore, socio o dipendente da assicurare. L'Impresa Aderente deve, quindi, inviare tale comunicazione nelle forme che gli saranno indicate presso le filiali della Contraente.

In mancanza di tale comunicazione, così come nelle more della procedura di sostituzione dell'Assicurato, la copertura assicurativa continua ad essere operante per l'Assicurato originariamente indicato.

A seguito della comunicazione sopra citata, il nuovo assicurando sottoscriverà nelle parti a lui relative una nuova Domanda di Copertura e dovrà sottoporsi alle formalità assuntive (Dichiarazione di Buono Stato di



Salute, Questionario Medico, Rapporto di Visita Medica) stabilite dall'art. 2.2 Formalità di Ammissione così come individuate in relazione all'età dello stesso nuovo assicurando (alla data della comunicazione della sostituzione) e alla Somma Assicurata complessiva così come indicata nello stesso art. 2.2 ed esistente al momento dell'adesione dell'Impresa Aderente alla Polizza Collettiva.

La sostituzione dell'Assicurato si perfeziona:

- a) in caso di sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, dalla data della sottoscrizione della nuova Domanda di Copertura Assicurativa da parte dell'assicurando, senza necessità di accettazione da parte dell'Assicuratore;
- b) in caso di sottoscrizione del Questionario Medico e del Rapporto di Visita Medica, dalla data della sottoscrizione della nuova Domanda di Copertura Assicurativa da parte dell'assicurando subordinatamente all'accettazione della sostituzione da parte dell'Assicuratore.

Con riferimento alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica, nel caso in cui, a seguito della valutazione della documentazione sanitaria, il nuovo assicurando sia ritenuto non ammissibile in copertura, l'Impresa Aderente potrà individuare quale nuovo assicurando un altro collaboratore dipendente o socio, nel qual caso il processo assuntivo ripartirà come descritto in precedenza, salva in ogni caso la possibilità di esercitare la facoltà di disdire l'adesione alla Polizza.

Art 3.5.2

Nel caso di esercizio della facoltà di disdetta dell'adesione alla Polizza, l'Assicuratore restituirà all'Impresa Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, secondo la formula di rimborso del premio sopra precisata, *sub* Art. 3.4.

Art. 4 Diritto di recesso dell'Impresa Aderente

L'Impresa Aderente può recedere dalle Polizze entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o per il tramite della Contraente.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Impresa Aderente, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto come quantificato sul Modulo di Adesione.

In caso di durata poliennale della Polizza, a fronte della riduzione di Premio che l'Assicuratore ha concesso nella misura indicata nelle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Impresa Aderente può recedere annualmente dal contratto a condizione che siano trascorsi almeno 5 (cinque) anni dalla data di adesione, mediante comunicazione da inviare all'Assicuratore con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in corso. Per contratti poliennali di durata inferiore a 5 (cinque) anni il recesso annuale non è consentito.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Art. 5.1 Le coperture assicurative vengono prestate alle condizioni specificate ai seguenti punti A, B, C.

A Copertura assicurativa per Decesso

(I) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio coperto è il decesso qualunque possa esserne la causa.

(II) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9, l'Assicuratore liquida una somma, pari ad una quota del Debito Residuo,



esclusi eventuali importi di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, calcolata in proporzione al rapporto esistente tra la Somma Assicurata e:

- l'intero importo di capitale finanziato, nei casi di finanziamenti di nuova erogazione;
- l'importo del debito residuo del finanziamento calcolato al momento dell'Adesione, nei casi di finanziamenti già in essere al momento dell'Adesione.

Nel caso descritto nell'art. 3.2.2 e nel caso di Finanziamenti con durata del periodo di preammortamento superiore a 6 mesi, l'Assicuratore liquida una somma, pari ad una quota del debito residuo, esclusi eventuali importi di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, calcolata sulla base di un Piano di Ammortamento Francese, a frazionamento mensile, determinato con riferimento alla Somma Assicurata, alla durata di ammortamento indicata nel Modulo di Adesione e ad un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%.

B Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente

(I) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio coperto è l'Invalidità Permanente non inferiore al 60%, conseguente a Infortunio o Malattia, verificatisi dopo la Data di Decorrenza; eventuali stati di invalidità pregressa all'adesione alla Polizza non saranno computati ai fini della valutazione dell'invalidità.

Il grado di invalidità permanente viene accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.Lgs 38/2000 e successive modifiche ed integrazioni.

(II) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9, l'Assicuratore liquida una somma pari ad una quota del Debito Residuo, esclusi eventuali importi di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento ed al netto di eventuali indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza, calcolata in proporzione al rapporto esistente tra la Somma Assicurata e:

- l'intero importo di capitale finanziato, nei casi di finanziamenti di nuova erogazione;
- l'importo del debito residuo del finanziamento calcolato al momento dell'Adesione, nei casi di finanziamenti già in essere al momento dell'Adesione.

Nel caso descritto nell'art. 3.2.2 e nel caso di Finanziamenti con durata del periodo di preammortamento superiore a 6 mesi, l'Assicuratore liquida una somma, pari ad una quota del Debito Residuo, esclusi eventuali importi di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento ed al netto di eventuali indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza, calcolata sulla base di un Piano di Ammortamento Francese, a frazionamento mensile, determinato con riferimento alla Somma Assicurata, alla durata di ammortamento indicata nel Modulo di Adesione e ad un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%.

Come data di Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento; e in caso di Malattia, la data relativa alla stabilizzazione del quadro clinico, come indicata sulla relazione medico legale, oppure, in mancanza la data di presentazione della domanda all'Ente pubblico preposto (ASL, INPS, INAIL).

C Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale

(I) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio e Malattia.

(II) Periodo di Franchigia

La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

(III) Periodo di Carenza

Per i sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 60 (sessanta)



giorni.

(IV) Prestazione Assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9, l'Assicuratore, perdurando l'inabilità al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa, un'Indennità mensile consistente in una quota della rata mensile (o del frazionamento mensile delle rate con diversa periodicità) calcolata in base al rapporto esistente tra Somma Assicurata e:

- l'intero importo di capitale finanziato, in caso di Finanziamenti di nuova erogazione
- l'importo del debito residuo del Finanziamento calcolato al momento dell'adesione, in caso di Finanziamento già in essere al momento dell'adesione.

Nel caso descritto nell' art. 3.2.2 e nel caso di Finanziamenti con durata del periodo di preammortamento superiore a 6 mesi perdurando l'inabilità al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, l'Assicuratore corrisponde per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) in scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa, un'Indennità mensile calcolata sulla base di un piano di ammortamento francese, a frazionamento mensile, determinato con riferimento alla Somma Assicurata, alla durata di ammortamento indicate nel Modulo di Adesione e ad un tasso annuo nominale fisso pari al 5,50%.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

Art. 5.2 L'Assicuratore, in aggiunta alle prestazioni sopra indicate e relativamente alle sole coperture assicurative di cui ai punti A e B, liquida altresì, in caso di sinistro, una somma ulteriore pari al 30% della prestazione medesima.

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato, dell'Impresa Aderente ovvero del Beneficiario;
- b) 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 già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- c) sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato entro i primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; gli atti autolesivi, la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o 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 che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 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) infezione da HIV ovvero patologie ad essa correlate.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è inoltre esclusa in caso di:

k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni è l'Aderente.

E' fatta salva, in caso di Portabilità, la possibilità di designare beneficiaria la banca che subentra nel Finanziamento, ai sensi del Regolamento Isvap 35/2010.

La prestazione verrà liquidata al Beneficiario direttamente ovvero per il tramite della Contraente.

Art. 8 Premio dell'assicurazione

Il premio è unico, anticipato, e dipende dalla durata e dall'importo del Finanziamento.

L'ammontare totale del Premio si ottiene secondo quanto di seguito indicato:

	GARANZIE	DURATA	FORMULA DI CALCOLO		
PARTE VITA	Decesso, Invalidità Permanente	Durata del finanziamento	$0,036\% * \text{Durata del Finanziamento (in mesi)} * \text{Capitale del Finanziamento}$	TOTALE PREMIO PARTE VITA	TOTALE PREMIO
PARTE DANNI	Inabilità Temporanea Totale	Durata del finanziamento	$0,00155\% * \text{Durata del Finanziamento (in mesi)} * \text{Capitale del Finanziamento}$	TOTALE PREMIO PARTE DANNI	

Per esempio:

Per un Finanziamento di importo di Euro 100.000,00 e durata di 10 anni (cioè 120 mesi), il premio totale per la PARTE VITA è pari a Euro 4.320,00 ($0,036\% * 120 * 100.000,00$) e per la PARTE DANNI a Euro 186,00 ($0,00155\% * 120 * 100.000,00$) e così per un ammontare totale di Euro 4.506,00

Nota bene: In caso di sottoscrizione dell'assicurazione quando il Finanziamento era già attivo, la "Durata del Finanziamento" da considerare ai fini del calcolo del Premio è la durata residua del Finanziamento (in mesi) alla Data di Decorrenza dell'assicurazione.

In caso di assicurazione per una somma diversa dal capitale finanziato, il "Capitale Finanziato" da considerare ai fini del calcolo del Premio è tale somma assicurata.

Nel caso in cui l'importo del Finanziamento dovesse risultare superiore a € 520.000,00 il "Capitale del Finanziamento" da considerare ai fini del calcolo del Premio è tale importo.

Il tasso di Premio relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale è comprensivo dell'imposta di assicurazione attualmente pari al 2,5%.

Il pagamento del premio per la copertura assicurativa avverrà in un'unica soluzione con addebito sul conto corrente indicato nel Modulo di Adesione.

Se la copertura assicurativa è stipulata per una durata poliennale al Premio si applica una riduzione rispetto alla corrispondente tariffa annuale nella misura del 15,90% (applicata sulla sola parte di Premio relativa alle garanzie danni che è pari al 4,00% del Premio riportato nel Modulo di Adesione).

Il Premio indicato nel Modulo di Adesione è già comprensivo della suddetta riduzione. E' altresì comprensivo



dell'eventuale imposta di assicurazione.

Art. 9 Massimale

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è:

- per le garanzie Decesso ed Invalidità Permanente: € 676.000,00;
- per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale: € 2.500,00 di indennità per ciascuna rata mensile (o per ciascuna frazione mensile delle rate con diversa periodicità) del Finanziamento erogato dalla Contraente. Inoltre, l'indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:
 - per singolo sinistro, 12 indennità mensili; e,
 - per l'intera durata della copertura, 36 indennità mensili.

Art. 10 Denuncia dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif - Ufficio Sinistri - Via Tolmezzo, 15 20132 Milano, fax n. 02.77224261, anche per il tramite della Contraente. L'Impresa Aderente può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800.070.988 (attivo lun - ven 8.30-19.00, sab 09.00 - 13.00).

Ai fini della liquidazione dei sinistri dovrà essere consegnata 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):

Decesso

Ai fini della valutazione della liquidabilità dei sinistri, 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;

Inabilità Permanente

- certificazione di invalidità permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

Inabilità Temporanea Totale

- dichiarazione del medico curante e in caso di ricovero ospedaliero certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica.

In ogni l'Assicuratore dovrà ottenere:

- il Prospetto relativo alla situazione debitoria, risultante alla data del sinistro, del Finanziamento e dell'eventuale "credito semplice" sottoscritto per il pagamento del premio, o dichiarazione di insussistenza di posizione debitoria.

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 integrale ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Legge Applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 13 Comunicazioni

Fatto salvo quanto previsto nell'art. 17 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato alla Compagnia, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Customer Care - via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano, fax n. 02-77.224.261, o chiamando il Servizio Clienti al n. **800.070.988**. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato rispettivamente dall'Impresa Aderente e dall'Assicurato ovvero qualora l'Impresa Aderente e l'Assicurato abbiano concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato

La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione.

Art. 14 Cessione dei diritti

L'Impresa 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'Impresa Aderente o dell'Assicurato 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 richieste dall'Assicuratore all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 Foro competente

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

Art. 17 Reclami

Reclami all'Impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, al seguente recapito:

▪ BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. - **Ufficio Reclami** – Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano – n° fax 02.77.224.265 – indirizzo e-mail reclami@cardif.com.

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità sottoelencate previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.



Reclami all'IVASS

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

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo inviato all'IVASS 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 ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e 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'IVASS 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 antiriciclaggio 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: intermediari, 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 autonomi "Titolari", 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 Vita S.p.A., in persona del Vice Direttore Generale Risorse e Operations, 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.



MODULO DI ADESIONE (copertura assicurativa facoltativa e non necessaria ai fini dell'ottenimento del finanziamento)
alla Polizza Collettiva n. 5339/03
tra Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e Cardif Vita S.p.A.

POLIZZA BNL CONTINUITY PREMIUM

BPUD

POLIZZA COLLETTIVA N°: 5339/03

COPERTURA ASSICURATIVA N: _____

Pratica finanziamento Ipotecario/Chirografario N: _____ Pratica di Credito Semplice N. _____ Codice Sportello _____

Dati dell'Impresa Aderente

Ragione Sociale _____ Partita Iva/Codice Fiscale _____

Sede Legale:

Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov _____

c.a.p. _____ Stato _____

Dati del Legale Rappresentante dell'Impresa Aderente o del Delegato dell'Impresa Aderente munito dei necessari poteri di firma

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Et  _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Tipo Documento* _____ Numero documento _____

* 01=carta d'identit ; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Rilasciato da _____ Data Rilascio _____ Luogo Rilascio _____

Indirizzo Residenza (domicilio eletto se diverso dalla residenza)

Via/Piazza _____ n° _____ Citt  _____ Prov _____

c.a.p. _____ Stato _____

Dichiaro sotto la mia responsabilit  di essere:

il Legale Rappresentante dell'Impresa Aderente il Delegato dell'Impresa Aderente munito dei necessari poteri di firma

Luogo e data: _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente _____

Copertura assicurativa

Garanzie prestate da Cardif Vita S.p.A. :

- A) DECESSO
- B) INVALIDIT  PERMANENTE
- C) INABILIT  TEMPORANEA TOTALE

Dichiarazioni dell'Impresa Aderente

L'Impresa Aderente confermando:

- di avere ricevuto, in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, di aver ben compreso ed accettato, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari (modello 7A Reg. Isvap n. 5/2006), la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (mod. 7B Reg. Isvap n. 5/2006), il Fascicolo informativo relativo alla Polizza Collettiva n. 5339/03;
- dichiara altres  che gli   stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza della Polizza alle sue esigenze

ADERISCE

alla Polizza suddetta, indicando come Assicurato il soggetto di seguito specificato.



L'Impresa Aderente prende atto di essere tenuta a comunicare, tempestivamente, direttamente a Cardiff Vita S.p.A. ed alla Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. per conoscenza, tutte le variazioni dei dati indicati nel presente modulo, compresa l'eventuale sostituzione del legale rappresentante o del delegato firmatario dell'odierno modulo ed a fornire tutte le informazioni eventualmente richieste nel rispetto della normativa vigente, in particolare ai fini antiriciclaggio.

Data di Decorrenza: _____ Data Inizio Ammortamento: _____ Durata Ammortamento (mesi): _____

Somma Assicurata: € _____ Premio Unico: € _____

Gravano sull'Impresa 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 76,00. In caso di rimborso del premio a seguito di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento le relative spese di rimborso sono pari a Euro 12,00.

Luogo e data: _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente:

L'Impresa Aderente 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 "Massimali", 10 "Denuncia dei sinistri", 14 "Cessione dei diritti

Luogo e data: _____

Firma del Legale Rappresentante o del Delegato dell'Impresa Aderente:

Dati dell'assicurato

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Et  _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Rapporto dell'Assicurato con l'Impresa Aderente

Titolare __ Amministratore __ Socio __ Legale Rappresentante __ Altro (specificare mansione) _____

Indirizzo Residenza

Via/Piazza _____ n  _____ Citt  _____ Prov _____

c.a.p. _____ Stato _____

Indirizzo Recapito (domicilio eletto se diverso dalla residenza)

Via/Piazza _____ n  _____ Citt  _____ Prov _____

c.a.p. _____ Stato _____

Tipo Documento* _____ Numero documento _____ Rilasciato da _____

* 01=carta d'identit ; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

Luogo Rilascio _____ Data Rilascio _____

Dichiarazioni dell' Assicurato

L'Assicurato dichiara:

- di prestare il proprio consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.
- di aver ricevuto, in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, di aver ben compreso ed accettato, il Fascicolo Informativo relativo alla Polizza collettiva nr. 5339/03
- di aver ricevuto copia dei moduli di carattere sanitario da lui sottoscritti.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato 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   necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verit  delle dichiarazioni relative al proprio stato di

Rif. Banca NDG _____

Mod. ADEP/12/15

Copia per BNL e l'Assicuratore / Copia per l'Assicurato



salute, siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma; c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, potrà essere richiesta dall'Aderente Assicurato la sottoposizione a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute dell'Assicurato. Il costo di tale visita medica, a carico dell'Aderente, è pari a Euro 230,00 (per maggiori informazioni contattare il Servizio Clienti al numero 800.070.988)

Luogo e data: _____ Firma dell'Assicurato: _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI PREMI

Il titolare/intestatario del conto corrente sotto indicato autorizza la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. ad addebitare in conto il Premio Unico

ABI	CAB	C/C	Intestatario	Firma del Titolare
_____	_____	_____	_____	_____

FACSIMILE