



**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI
INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI**

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento IVASS n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del regolamento IVASS) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 - 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 - 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 - 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al contraente¹ il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative, pecuniarie e disciplinari.

PARTE I – Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto² con il contraente

- a) Lando Ylenia
- b) iscritto in data 26/04/2016 alla sezione E del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi al n. E000547239 in qualità di responsabile incaricato al coordinamento e controllo per l'attività di intermediazione assicurativa a distanza svolta tramite call center
- c) indirizzo: sede operativa nella quale il soggetto di cui sopra opera (Via degli Aldobrandeschi 300 - 00163 Roma)
- d) recapito telefonico +39 060.060 mail Centro_Relazioni_Clientela@bnlmail.com sito internet *www.bnl.it*
PEC assicurazioni@pec.bnlmail.com;
- e) l'impresa assicuratrice di cui sono offerti i prodotti è Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia
- f) intermediario per il quale il soggetto di cui sopra opera: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. con sede in Viale Altiero Spinelli, 30 – 00157 Roma iscritta al registro degli intermediari assicurativi (RUI) in data 01/10/2007 numero 000201446, sezione D
- g) si segnala che l'IVASS è l' Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Si precisa che

- a) Né la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., società soggetta ad attività di direzione e coordinamento del socio unico BNP Paribas, né il soggetto di cui alla Parte I iscritto nella sezione E detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna impresa di assicurazione.
- b) BNP Paribas detiene il gruppo Cardif che controlla la compagnia assicurativa di cui sono intermediati i prodotti; BNP Paribas è detentrica di una partecipazione diretta superiore al 10% del capitale sociale dell'intermediario (la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., in quanto suo socio unico) per il quale il soggetto di cui alla Parte I iscritto alla sezione E opera.
- c) Con riguardo al contratto proposto: la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. e il soggetto di cui alla Parte I iscritto alla sezione E propongono il contratto in assenza di obblighi contrattuali che impongano loro di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Il contraente ha diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.
- b) Il contraente ha facoltà di inoltrare reclamo che riguarda:

¹ In caso di polizza collettiva per contraente si intende anche l'aderente alla stessa polizza collettiva

² Trattandosi di attività di intermediazione svolta tramite call center, il soggetto che entra effettivamente in relazione con il contraente è l'addetto al call center, il quale fornisce le proprie generalità al primo contatto; il soggetto iscritto alla sezione E indicato nel presente modulo è la persona individuata quale responsabile incaricato al coordinamento e controllo per l'attività di intermediazione assicurativa a distanza svolta dal call center, con il quale, a richiesta, il contraente può essere messo in contatto.



- il comportamento dell'impresa di assicurazione, o la violazione da parte della stessa impresa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri), direttamente all'impresa nelle modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione (art. Reclami);
- il comportamento dell'intermediario, o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), tramite:
 - posta ordinaria a:
BNL Gruppo BNP Paribas
Ufficio Reclami
Viale Altiero Spinelli 30, 00157 Roma
 - per e-mail a: reclami@bnlmail.com
 - per posta certificata a: reclami@pec.bnlmail.com

Il reclamo sarà trattato dall'apposita funzione reclami dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario che avrà cura di rispondere entro quarantacinque giorni dalla presentazione del reclamo.

Inoltre il contraente, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo ovvero in caso di mancata risposta entro quarantacinque giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa di assicurazione ovvero può rivolgersi ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

FOGLIO LASCIATO VOLONTARIAMENTE IN BIANCO



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA n. 5449/02

DEFINIZIONI:

Aderente/Assicurato: la persona fisica, cliente della Contraente e titolare e/o cointestatario di conto corrente presso la stessa, che ha aderito alla copertura.

Assicuratore – Compagnia: CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P.IVA, CF e iscrizione Reg. Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Attestato di Assicurazione: documento emesso dalla Compagnia che attesta la conclusione del contratto per effetto del consenso telefonico e l'accesso alla copertura assicurativa.

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.

Cedolino: è il documento che riporta l'entità dello stipendio o della pensione, rilasciato dal datore di lavoro e dall'ente pensionistico, rispettivamente, al lavoratore dipendente e al pensionato, con frequenza mensile. Ai fini delle presente Polizza non sono considerati Cedolini quelli relativi alla 13° e 14° mensilità.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., iscritta al n. D000201446 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. n. 209/2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, che stipula la Polizza per conto dei propri clienti titolari di conto corrente e che propone l'adesione alle coperture su incarico della Compagnia.

Data di Decorrenza: la data di adesione telefonica alla

copertura assicurativa, così come riportata nell'Attestato di Assicurazione.

Dichiarazione dei redditi: il documento contabile attraverso il quale il cittadino/contribuente comunica all'Agenzia delle Entrate il proprio reddito ai fini fiscali.

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

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.

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

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

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di individui o aziende o enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in base a un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, con un orario settimanale di almeno 16 ore e un'anzianità minima di 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro al momento dell'adesione. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro alle dipendenze di individui, aziende o enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.



Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico, né Pensionato. Sono altresì considerati Non Lavoratori, a titolo esemplificativo: i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana) o i Lavoratori Dipendenti Privati con un'anzianità inferiore a sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro al momento del Sinistro.

Parti: Aderente/Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Pensionato: persona fisica percettore di una pensione, corrisposta periodicamente da enti pubblici o privati, per raggiunti limiti d'età o per altro motivo previsto dalla legge, anche qualora contestualmente svolga un'attività lavorativa.

Art. 1. Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'Art. 5, in funzione dello stato lavorativo al momento del Sinistro, una delle seguenti garanzie:

- A. **Copertura per Inabilità Temporanea Totale**, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi; oppure
- B. **Copertura per Ricovero Ospedaliero**, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Pensionati; oppure
- C. **Copertura per Perdita d'Impiego**, per i soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati.

Perdita d'Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

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.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5449/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

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

Reddito: l'importo in Euro prodotto e dichiarato in Italia e determinato come segue:

- **per Lavoratori Autonomi:** un dodicesimo del compenso derivante dall'attività professionale o artistica di un Lavoratore Autonomo, indicato nella Dichiarazione dei redditi delle Persone fisiche, al netto di una detrazione del 30% quale importo forfetario delle imposte sul reddito. Sono escluse dal calcolo del Reddito tutti gli importi non riconducibili direttamente all'attività lavorativa autonoma quali, a titolo di esempio, le plusvalenze patrimoniali, i redditi da fabbricati, proprietà e terreni, le plusvalenze finanziarie, ecc.

- **per Lavoratori Dipendenti Privati, Lavoratori Dipendenti Pubblici e per i Pensionati:** l'importo al netto delle ritenute previdenziali, fiscali e parafiscali, indicato nel Cedolino, quale compenso per la prestazione lavorativa svolta dal lavoratore, o quale pensione del pensionato, al quale devono essere sottratti gli emolumenti corrisposti a titolo di rimborso spese e le retribuzioni in forma differita quali ad esempio premi di produttività, bonus personali, tredicesima, quattordicesima, gratifica natalizia, ecc.

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: importo riportato sull'Attestato di Assicurazione, fino alla cui concorrenza viene erogata l'Indennità periodica in caso di Sinistro fatte salve le altre condizioni di assicurazione.



Infatti, come meglio indicato nella tabella che segue, le garanzie sono attivate alternativamente in base allo stato lavorativo dell'Assicurato al momento del Sinistro.

GARANZIE	LAVORATORI AUTONOMI	LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	NON LAVORATORI O PENSIONATI
Inabilità Temporanea Totale	SI	NO	NO	NO
Perdita d'impiego	NO	NO	SI	NO
Ricovero Ospedaliero	NO	SI	NO	SI

Le garanzie di cui ai punti A. e B. sono valide in tutti i paesi del mondo; la garanzia di cui al punto C. è valida per contratti di lavoro dipendente privato di diritto italiano.

Art. 2. Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica, di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 65 anni che:

- possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia, riportata sull'Attestato di Assicurazione;
- qualora sia un Lavoratore Dipendente Privato, non abbia ricevuto dal da parte del medesimo datore di lavoro, nei 12 mesi prima dell'adesione, un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale viene individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- qualora sia un Lavoratore Dipendente Privato, Autonomo o Dipendente Pubblico, non sia stato assente dal lavoro per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi per Infortunio o Malattia.

Si aderisce alla Polizza prestando oralmente il proprio consenso nel corso della telefonata di collocamento.

2.1 Condizioni al momento dell'adesione

L'Assicurazione può essere conclusa se, al momento dell'adesione:

- L'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia
- L'Aderente/Assicurato non è cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America
- L'Aderente/Assicurato non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)
- L'Aderente ha la propria residenza in Italia.

2.2 Condizioni durante l'Assicurazione

L'Assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata:

- L'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia
- Gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato era cittadino al momento dell'adesione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di

cui l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza dopo l'adesione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America

- L'Aderente mantiene la propria residenza in Italia.

L'Aderente/Assicurato si obbliga a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte. Se l'Aderente/Assicurato non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, la Compagnia potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza dell'Aderente, oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza o il trasferimento della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato).

In nessun caso la Compagnia potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

Art. 3. Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

3.1 Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza riportata nell'Attestato di Assicurazione, a condizione che il primo addebito del Premio (costituito da tre rate di premio mensili), che avverrà 2 mesi dopo la Data di Decorrenza, vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie decorreranno dalle ore 24 della data di pagamento di quanto dovuto.

3.2 In caso di sinistro denunciato prima della data di addebito



del Premio, il pagamento della Prestazione è subordinato all'immediato addebito andato a buon fine delle rate di Premio scadute. E' fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di recesso.

3.3 In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

3.4 Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora l'Assicuratore, nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il primo addebito o la rata mensile di Premio sono scaduti, non agisca per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese

3.5 La copertura assicurativa ha una durata annuale. Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da inviarsi all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante comunicazione telefonica al numero +39 060.060 ovvero a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviarsi a: Cardif Assurances Risques Divers – Back Office Protection –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato compie il 70° anno di età, senza che sia necessaria la comunicazione formale di disdetta da parte della Compagnia;
- a seguito della liquidazione della 18ª Indennità periodica quale cumulo di uno o più Sinistri occorsi sulla Polizza per la sua intera durata, rinnovi inclusi;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza mensile successiva, fatta salva la modifica di tale conto con altro intrattenuto presso la Contraente.
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data di trasferimento del domicilio
- se l'Aderente/assicurato acquisisce la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente/Assicurato, con effetto dalla data di applicazione
- se l'Aderente perde la propria residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento della residenza.

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Aderente sull'Attestato di Assicurazione o a quello eventualmente

comunicato nel corso del rapporto.

Art. 4. Diritto di recesso

4.1 L'Aderente può recedere dall'assicurazione entro 2 mesi dalla Data di Decorrenza dandone comunicazione telefonica al numero +39 060.060, ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (farà fede il relativo timbro postale) indirizzata a Cardif – Back Office Protection –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata o della comunicazione telefonica.

4.2 In caso di sinistro avvenuto durante il periodo in cui è possibile esercitare il diritto di recesso, il pagamento della prestazione è subordinato all'addebito andato a buon fine delle rate di Premio relative al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Qualora l'Aderente successivamente al sinistro eserciti il diritto di recesso, fermo il riconoscimento dell'indennizzo, se dovuto, l'Assicuratore tratterà la parte di Premio comprensivo delle imposte, relativo al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto.

4.3 La Compagnia può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura, l'Aderente/Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

Art. 5. Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Le seguenti coperture assicurative sono alternative tra loro e l'Assicurato potrà avvalersi di una sola tra queste, corrispondente alla condizione lavorativa in essere al momento del Sinistro. Qualora, nel corso di un periodo indennizzato a termini di Polizza, si modifichi la condizione lavorativa e occorra un diverso Sinistro indennizzabile in funzione di tale nuova condizione, questo successivo Sinistro verrà considerato come accaduto al termine del periodo di Indennizzo del primo Sinistro, a condizione che a tale data perdurino i requisiti di indennizzabilità.

A. Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli



Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi.

- (b) Rischio assicurato
Ferne le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.
- (c) Periodo di Franchigia
La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.
- (d) Periodo di Carenza
Per i Sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni.
- (e) Prestazione assicurativa
L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Due periodi di Inabilità Temporanea Totale, occorsi entro 60 giorni l'uno dall'altro e relativi alla medesima Malattia o Infortunio, sanno considerati come un unico Sinistro.

Inoltre, per ciascuna Indennità periodica riconosciuta, l'Assicuratore corrisponderà un ulteriore importo, anche in eccedenza alla Somma Assicurata, pari ad una rata mensile di Premio, a condizione che la stessa sia stata regolarmente pagata.

B. Copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero

- (a) Assicurati garantiti
La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Pensionati.
- (b) Rischio assicurato
Ferne le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio assicurato è il Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia.
- (c) Periodo di Franchigia
La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di Ricovero Ospedaliero.
- (d) Periodo di Carenza
Per i Sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni.
- (e) Prestazione assicurativa
L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così

successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

Due periodi di Ricovero Ospedaliero, occorsi entro 60 giorni l'uno dall'altro e relativi alla medesima Malattia o Infortunio, sanno considerati come un unico Sinistro.

Inoltre, per ciascuna Indennità periodica riconosciuta, l'Assicuratore corrisponderà un ulteriore importo, anche in eccedenza alla Somma Assicurata, pari ad una rata mensile di Premio, a condizione che la stessa sia stata regolarmente pagata.

C. Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

- (a) Assicurati garantiti
La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi.
- (b) Rischio assicurato
Ferne le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".
- (c) Periodo di Franchigia
La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).
- (d) Periodo di carenza
La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 6 (sei) mesi.
- (e) Prestazione assicurativa
L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di disoccupazione.

Inoltre, per ciascuna Indennità periodica riconosciuta, l'Assicuratore corrisponderà un ulteriore importo, anche in eccedenza alla Somma Assicurata, pari ad una rata mensile di Premio, a condizione che la stessa sia stata regolarmente pagata.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente all'Assicuratore e l'Indennizzo non sarà più dovuto.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le



condizioni di cui al presente articolo.

Art. 6. Calcolo dell'Indennità

6.1 Per coloro che al momento del sinistro sono **Non Lavoratori**, l'Indennità è pari alla Somma Assicurata indicata nell'Attestato di Assicurazione, fino ad un massimo di 1.500,00 (millecinquecento/00) Euro.

Per coloro che al momento del sinistro sono **Lavoratori Dipendenti Privati, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Pensionati**, l'Indennità sarà calcolata con riferimento al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini mensili antecedenti il Sinistro.

Qualora tale importo, maggiorato del 10%, sia superiore o uguale alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata.

Qualora lo stesso importo, maggiorato del 10%, sia inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata soltanto nel caso in cui l'Assicurato dimostri (secondo quanto previsto all'art. 11) che, alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla stessa Somma Assicurata. In mancanza di tale prova, l'Indennità sarà pari al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini mensili antecedenti il Sinistro.

Per coloro che, al momento del sinistro, sono **Lavoratori Autonomi** l'Indennità sarà calcolata con riferimento al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi dell'ultima denuncia presentata al momento del Sinistro. Qualora tale importo, maggiorato del 10%, sia superiore o uguale alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata.

Qualora lo stesso importo, maggiorato del 10%, sia inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata soltanto nel caso in cui l'Assicurato dimostri (secondo quanto previsto all'art. 11) che, alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla stessa Somma Assicurata. In mancanza di tale prova, l'Indennità sarà pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi dell'ultima denuncia presentata al momento del Sinistro.

In nessun caso l'Indennità riconosciuta potrà essere superiore alla Somma Assicurata.

Esempio 1: se la Somma Assicurata fosse di 1.000 euro e l'Indennità calcolata secondo le regole di cui sopra fosse di 950 Euro, verrà corrisposta un'Indennità di 1.000 Euro.

Esempio 2: se la Somma Assicurata fosse di 650 Euro e l'Indennità calcolata secondo le regole di cui sopra fosse di 400 Euro, verrà corrisposta un'Indennità di 650 Euro a condizione che l'Assicurato dimostri che il suo Reddito alla Data di Decorrenza fosse almeno pari a 1.000 Euro. Altrimenti verrà liquidato un importo pari a 400 Euro.

Esempio 3: se la Somma Assicurata fosse di 1.000 euro e l'Indennità calcolata secondo le regole di cui sopra fosse di 1.100 Euro, verrà corrisposta un'Indennità di 1.000 Euro.

6.2 L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza, nonché

con i seguenti limiti di Indennizzo per Sinistro e con applicazione delle seguenti Franchigie:

	Periodo di Franchigia	Limite di Indennizzo per Sinistro
Ricovero Ospedaliero	4 giorni	6 Indennità
Inabilità Temporanea Totale	30 giorni	6 Indennità
Perdita d'Impiego	30 giorni	6 Indennità

Art. 7. Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) *dolo dell'Assicurato, dell'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 occorsi all'estero, se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;*
- c) *sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: 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) *Infortunati 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) *Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate, infezione da HIV ovvero patologie ad essa correlate.*



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

- k) *sinistri causati da stato di ebbrezza alla guida di veicoli di cui all'art. 186 D.Lgs 285/92 e successive modifiche o in stato di ubriachezza;*
- l) *sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato al momento del Sinistro sia in possesso dei requisiti per il rinnovo;*
- m) *Infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;*
- n) *Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino), bobsleigh, motoslitta e similari;*
- o) *interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia verificatosi in corso di polizza; interventi chirurgici aventi finalità estetiche e dietologiche;*
- p) *interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.*

Oltre che nei casi generali sub lettere da a) a j), la copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- q) *licenziamento di Assicurati presso il medesimo datore di lavoro dal quale avevano ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione, un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;*
- r) *licenziamenti dovuti a "giusta causa";*
- s) *dimissioni;*
- t) *licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;*
- u) *licenziamenti tra congiunti, anche da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore, ecc.);*
- v) *cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;*
- w) *contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;*
- x) *licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età*

richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";

- y) *risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;*
- z) *messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;*
- aa) *situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);*
- bb) *licenziamento per superamento del periodo di comparto;*
- cc) *licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.*

Oltre che nei casi generali sub lettere da a) a j), la copertura relativa al rischio Ricovero Ospedaliero è anche esclusa nei seguenti casi:

- dd) *interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia, e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;*
- ee) *ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza; aborto volontario non terapeutico;*
- ff) *ricoveri dovuti a infertilità, sterilità, checkup di medicina preventiva;*
- gg) *ricoveri in regime di lungodegenza o le convalescenze, anche in soggetti non più autosufficienti, qualora siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*

Art. 8. Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni è l'Aderente/Assicurato.

Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control >www.treasury.gov).

Art. 9. Premi dell'assicurazione

Il Premio è unico ed è corrisposto in rate mensili costanti. L'ammontare totale del Premio unico, indicato sull'Attestato di Assicurazione, si ottiene secondo la seguente formula:

$$2,75\% * \text{Somma Assicurata} * 12$$

Il pagamento delle rate mensili di Premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto all'addebito sul conto corrente intrattenuto presso la Contraente; il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. L'ammontare totale del Premio unico, indicato sull'Attestato di



Assicurazione è comprensivo dell'imposta di assicurazione, a carico dell'Aderente, attualmente pari al 2,5% del premio imponibile.

Il primo addebito del Premio è effettuato non prima di 2 mesi dalla Data di Decorrenza indicata nell' Attestato di Assicurazione, per un importo pari alla somma delle prime tre rate mensili.

Art. 10. Variazione del Premio e delle condizioni di assicurazione

La Compagnia si riserva il diritto di variare le condizioni di assicurazione e/o l'importo del Premio dell'assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo della Polizza in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento.

La Compagnia comunicherà all'Aderente l'esercizio di tale diritto ed i termini della modifica con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza del periodo annuale di copertura. Le variazioni potranno essere applicate solo dalla data di tale scadenza annuale, fatto salvo il caso di variazione della sola imposta di assicurazione che potrà essere applicata dalla prima rata mensile successiva alla variazione.

L'Aderente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con comunicazione da inviarsi alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della data di efficacia della stessa variazione a mezzo lettera raccomandata AR. In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine del periodo di assicurazione annuale per il quale il Premio è stato pagato e nulla sarà più dovuto dall'Aderente per le annualità successive. In ogni caso, prestando la propria adesione alle coperture assicurative, l'Aderente ha concordato che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

Art. 11. Denuncia dei Sinistri

In caso di Sinistro, si raccomanda all'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.070.988, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif mediante una delle seguenti modalità:

- scrivendo a "Cardif – Ufficio Sinistri –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano"

oppure

- inviando un fax al numero 02.30329810.

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.

I documenti da consegnare necessari per tutte le garanzie sono:

- denuncia scritta del Sinistro;
- copia del documento di identità dell'Assicurato.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna

garanzia sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

- Inabilità Temporanea Totale: dichiarazione del medico curante e, in caso di Ricovero Ospedaliero, certificato di ricovero e o copia della cartella clinica; ultima Dichiarazione dei Redditi presentata dall'Assicurato al momento del Sinistro; la Compagnia potrebbe richiedere, ove necessario, quella relativa all'anno precedente la Data di Decorrenza;
- Ricovero Ospedaliero: per gli Assicurati che non svolgano alcuna attività lavorativa al momento di accadimento del Sinistro, documentazione attestante lo stato di Non Lavoratore; per gli Assicurati che fossero Dipendenti Pubblici o Pensionati al momento del Sinistro, ultimi 3 Cedolini mensili ricevuti prima della data di accadimento del Sinistro; la Compagnia potrebbe richiedere, ove necessario, il cedolino precedente la Data di Decorrenza; al verificarsi del Sinistro, e così alla scadenza di ogni rata successiva che avvenga nel periodo di Ricovero Ospedaliero, documentazione sanitaria comprovante il perdurare del Ricovero medesimo, copia della cartella clinica e, ove rilasciata, lettera di dimissione dal Ricovero Ospedaliero
- Perdita di Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione; ultimi 3 Cedolini mensili ricevuti prima della Perdita di Impiego; la Compagnia potrebbe richiedere, ove necessario, il cedolino precedente la Data di Decorrenza.

L'Assicurato deve 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. 12. 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 lavorativi da tale ricezione.

Tutti i pagamenti della Compagnia, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro
- versati su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un'Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

Art. 13. Legge applicabile

La legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

Art. 14. Comunicazioni



Fatto salvo quanto specificato nell'Art. 18 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Customer Care –Piazza Lina Bo Bardi, 3 –20124 Milano, fax n. 02.30329809. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato **ovvero qualora l'Aderente/Assicurato abbia 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. 15. Cessione dei diritti

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

Art. 16. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente 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 articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 17. 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, 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. 18. Reclami

Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

**Cardif – Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3
20124 Milano
e-mail reclami@cardif.com
fax 0277.224.265**

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

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

Reclami all'intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nell'Allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

**IVASS - Servizio tutela del consumatore
Via del Quirinale 21
00187 Roma
ivass@pec.ivass.it
fax 06.42133206**

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 deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- la Compagnia, l'intermediario o i 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 la residenza 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

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla



quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html>

.Art. 19. 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 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 Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Direttore Marketing, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti/marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano; email: privacy_it@cardif.com.