

Polizza Reddito Protetto (Banca Nazionale del Lavoro S.p.a.)



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto: Polizza Collettiva - canale Rete n.5436/02
Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto "Reddito Protetto" è una soluzione assicurativa, in forma di Polizza collettiva, che tutela il reddito dell'Aderente/Assicurato.



Che cosa è assicurato?

Inabilità Temporanea Totale

(questa garanzia è valida solo per coloro che al momento del sinistro siano **Lavoratori Autonomi**)

- ✓ Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia: Indennità pari al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini paga mensili antecedenti il Sinistro. Se tale importo, maggiorato del 10%, sia:
 - ✓ superiore o uguale alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata;
 - ✓ inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata se l'Assicurato dimostri che alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione; 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
- ✓ L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza

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.

Ricovero Ospedaliero

(questa garanzia è valida solo per coloro che al momento del sinistro siano **Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Pensionati**)

- ✓ Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia.
 - ✓ Per i **Non Lavoratori** l'Indennità è pari alla Somma Assicurata indicata nel Modulo di adesione fino ad un massimo di 1.500,00 Euro
 - ✓ Per i **Lavoratori Dipendenti Pubblici e i Pensionati**, l'Indennità è pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi denunciata presentata al momento del Sinistro. Se tale importo, maggiorato del 10%, sia:
 - ✓ superiore o uguale alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata;
 - ✓ inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata se l'Assicurato dimostri che alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione; 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.
- ✓ L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza.

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.

Perdita d'impiego

(questa garanzia è valida solo per coloro che al momento del sinistro siano **Lavoratori Dipendenti Privati**)

- ✓ Perdita d'impiego a seguito di cessazione del rapporto di lavoro dipendente: l'Indennità sarà calcolata con riferimento al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini mensili antecedenti il Sinistro. Se 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 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.
- ✓ L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza.

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

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.



Che cosa NON è assicurato?

- × Cliente non titolare/cointestatario di un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.a.

- × Cliente con età superiore ai 65 anni al momento dell'adesione
- × Cliente con età superiore ai 70 anni al termine dell'annualità assicurativa
- × Cliente che non possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata sul Modulo di Adesione; (non rilevano l'essere affetti da una malattia mentale ovvero da patologie che richiedano in via continuativa l'assunzione a scopo terapeutico esclusivamente di farmaci psicotropi)
- × Cliente affetto da Malattie o lesioni fisiche né da patologie che necessitino di un trattamento medico, farmacologico o fisioterapico continuativo nel tempo (non rilevano l'essere sottoposti a trattamento medico o farmacologico che preveda esclusivamente l'assunzione di farmaci psicotropi)
- × Cliente – lavoratore al momento dell'adesione - assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di Malattia o di Infortunio
- × Cliente - Lavoratore Dipendente del settore Privato al momento dell'adesione - che ha ricevuto nei 12 mesi antecedenti l'adesione una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione
- × Cliente con contratto di lavoro dipendente che non sia di diritto italiano, con un orario settimanale inferiore alle 16 ore e di durata inferiore ai 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro al momento del sinistro
- × Cliente per cui la Perdita d'Impiego è a seguito di motivi diversi dal licenziamento per "giustificato motivo oggettivo"
- × Cliente con il proprio domicilio abituale e residenza fuori dall'Italia
- × Cliente che fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control >www.treasury.gov)



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni generali per tutte le garanzie

- ! dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario;
- ! sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ! sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- ! sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! infortuni già verificatisi o malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! 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;
- ! sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni o radiazioni atomiche;
- ! sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ! Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate, infezione da HIV ovvero patologie ad essa correlate.

Esclusioni specifiche per la garanzia Inabilità Temporanea Totale

- ! 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;
- ! 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;
- ! 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;
- ! 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;
- ! 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;
- ! interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

Esclusioni specifiche per la garanzia Ricovero Ospedaliero

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

Esclusioni specifiche per la garanzia Perdita d'Impiego

- ! 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;
- ! licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- ! dimissioni;
- ! licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- ! 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.);
- ! 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;
- ! contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- ! licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- ! 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;
- ! 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;
- ! situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);
- ! licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- ! licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Adesione risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenziano sin d'ora che non avrebbero consentito alla conclusione del contratto se avessero conosciuto la reale situazione. Pertanto, potrà rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa degli stessi Sinistri. Inoltre, hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di polizza.

In caso di sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuo ed è corrisposto in rate mensili costanti. 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. Il primo addebito del Premio è effettuato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza a condizione che il primo addebito del Premio, vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie avranno effetto dalle ore 24.00 della data di pagamento di quanto dovuto.

L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, salvo disdetta da inviare all'Assicuratore.

L'Assicurazione cessa:

- 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 dell'Assicurazione tra Compagnia e Contraente;
- in caso di chiusura del conto corrente, allo scadere del primo mese successivo, tranne nel caso in cui decidi di sostituire tale conto con un altro sempre presso il Contraente;
- in caso di perdita dei requisiti di residenza e domicilio;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte tua o della Compagnia;
- se dopo l'adesione, entri 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).

Inoltre, la Compagnia può dare disdetta inviando, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, una lettera raccomandata A/R all'indirizzo indicato sul Modulo di Adesione o a quello eventualmente diverso comunicato nel corso del rapporto.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la polizza inviando comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o email, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione Reddito Protetto



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Polizza Collettiva - canale Rete n.5436/02

Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D. M. del 27.02.1989; P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153; tel. 02.77224.1; sito internet: www.bnpparibascardif.it email: servizioclienti@cardif.com; pec: cardifrd@pec.cardif.it

Cardif Assurance Risques Divers S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.
L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate.

INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

Cardif copre l'inabilità temporanea totale derivante da Infortunio e Malattia.

RICOVERO OSPEDALIERO

Cardif copre il ricovero ospedaliero derivante da Infortunio e Malattia.

PERDITA D'IMPIEGO

Cardif copre la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio	Non sono previste riduzioni di premio
----------------------	---------------------------------------

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio Aggiuntivo	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo
-------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nei DIP.
----------------	---



Ci sono limiti di copertura?

INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

La copertura assicurativa è sottoposta ad un **Periodo di Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni**. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

Per i Sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un **periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni**.

RICOVERO OSPEDALIERO

La garanzia è sottoposta ad un **Periodo di Franchigia assoluta di 4 (quattro) giorni**.

Per i Sinistri conseguenti a Malattia, la garanzia è soggetta ad un **periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni**.

PERDITA D'IMPIEGO

La garanzia è sottoposta ad un **Periodo di Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni**. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

La garanzia è soggetta ad un **periodo di Carenza pari a 6 (sei) mesi**.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di Sinistro, ti invitiamo a dare immediatamente avviso alla Compagnia privilegiando l'uso del canale telefonico e chiamando il nostro Servizio Clienti al numero 800.900.780 (oppure dall'estero +39 02.77224686) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00. Potrai prendere un appuntamento telefonico anche attraverso la tua area riservata MyCardif. Un nostro consulente specializzato potrà assisterti nella raccolta della segnalazione telefonica del Sinistro, indicandoti le modalità di presentazione della denuncia e di istruzione della pratica nonché i documenti necessari. Potrai comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattarci: <ul style="list-style-type: none">• via e-mail scrivendo a: documentisinistriprotezione@cardif.com• via posta a: Cardif-Back Office Protezione- Ufficio Sinistri, Casella Postale 421-20123 Milano (MI) Ai fini della liquidazione dei Sinistri devi consegnare a Cardif tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia assicurate sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore): <ul style="list-style-type: none">• 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. Devi inoltre: <ul style="list-style-type: none">• 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 di Cardif, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo. Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista
	Gestione da parte di altre imprese: Non prevista
	Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	Cardif si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio, indicato nel Modulo di Adesione, è annuo ed è corrisposto in rate mensili costanti. Non sono presenti interessi di frazionamento. Il Premio comprende l'imposta di Assicurazione.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del Premio versato, al netto delle imposte, in caso di esercizio del diritto di recesso. In caso di perdita dei requisiti di assicurabilità hai diritto al rimborso del Premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio già goduta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Puoi recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione a Cardif mediante raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti indicati:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809 email: lineapersone@cardif.com</p> <p>La Compagnia provvede alla restituzione del Premio versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p>
Risoluzione	<p>Cardif può recedere dall'assicurazione se l'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).</p> <p>La Compagnia può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Assicurazione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a tutte le persone fisiche, clienti di BNL S.p.A e titolare e/o cointestatario di un conto corrente presso la stessa, che intendono proteggere il proprio reddito in caso di Inabilità Temporanea Totale, Ricovero ospedaliero o Perdita d'Impiego.
--



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: 30% del premio imponibile
L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo stato di salute al costo di 230 € a suo carico.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>E' possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano e-mail: reclami@cardif.com fax 02 7722 4265</p> <p>E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it.</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	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 a mezzo PEC, posta o fax:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06 4213 3206

Per la stesura del reclamo presentato all'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.

L'autorità di vigilanza del Paese delle Compagnie che hanno sede in Francia 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-laclientele/comment-contacter-lacp.html>.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

BNL REDDITO PROTETTO

BUDGET INSURANCE

POLIZZA COLLETTIVA N. 5436/02

Edizione 03/2021

La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	1 di 17
Glossario	1 di 17
Norme che regolano l'Assicurazione	3 di 17
Art. 1. Cosa e chi copre la Polizza?	3 di 17
Art. 2. Chi si può assicurare?	3 di 17
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	3 di 17
Art. 4. Come aderire all'Assicurazione?	4 di 17
Art. 5. Quali sono le prestazioni?	4 di 17
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	6 di 17
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	8 di 17
Art. 8. Si può recedere dall'Assicurazione?	8 di 17
Art. 9. A quanto ammonta l'indennità massima per ogni garanzia?	9 di 17
Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?	9 di 17
Art. 11. Come si denuncia un Sinistro?	10 di 17
Art. 12. Quando riceverò l'Indennità?	11 di 17
Art. 13. Quale legge si applica a questo contratto?	11 di 17
Art. 14. Come comunico con la Compagnia?	11 di 17
Art. 15. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?	11 di 17
Art. 16. Le mie dichiarazioni possono incidere sul diritto all'Indennità?	11 di 17
Art. 17. Qual è il foro competente in caso di controversia?	11 di 17
Art. 18. A chi devo inviare un eventuale reclamo?	12 di 17
Art. 19. Protezione dei dati personali	12 di 17
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza 5436/02 Reddito Protetto	17 di 17



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

La Polizza in sintesi

La Polizza BNL - Reddito Protetto è la soluzione assicurativa che permette di affrontare con maggior tranquillità gli imprevisti che possono compromettere lo stile di vita dell'Assicurato tutelandolo in caso di **Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero o Perdita d'Impiego**.

Questo prodotto offre le seguenti garanzie:

- **Inabilità Temporanea Totale**
- **Ricovero Ospedaliero**
- **Perdita d'Impiego**

In caso di Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero o Perdita d'Impiego verrà riconosciuta un'indennità pari al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini mensili antecedenti il Sinistro. Per tutti coloro che al momento del sinistro sono NON Lavoratori, l'indennità è pari alla Somma Assicurata fino ad un massimo di 1.500 euro.

Che cos'è

Cosa copre

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione e le relative garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste negli articoli di seguito riportati. Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sulle Garanzie Assicurative
Numero verde 800.900.780 (oppure dall'estero +39 02.77.22.4686)
Dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00

 Da tenere a mente



Glossario

Aderente

Persona fisica che sottoscrive l'Assicurazione.

Assicurato

Soggetto che coincide con l'Aderente per il quale sono prestate le Garanzie Assicurative.

Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia presta le Garanzie Assicurative disciplinate nelle Condizioni di Assicurazione.

Attività sportiva professionistica

Attività sportiva remunerata e svolta con continuità da atleti, allenatori, preparatori atletici. La disciplina sportiva deve:

- essere regolamentata dal CONI
- conseguire la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme da loro emanate
- essere praticata secondo le direttive del CONI, che distinguono tra attività dilettantistica e attività professionistica.

Beneficiario

Il soggetto che ha diritto alla Prestazione.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in cui le Garanzie Assicurative sono sospese.

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 della presente Assicurazione non sono considerati Cedolini quelli relativi alla 13° e 14° mensilità.

Cliente

Coincide con Aderente e Assicurato

Compagnia, Assicuratore, Cardif

La società Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia (d'ora in poi, anche "Cardif RD"), società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi, 3 - 20124 Milano
- Capitale sociale 21.602.240,00 Milioni di euro
- P. IVA, C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- 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

Condizioni di Assicurazione

Le clausole che regolano le Garanzie Assicurative.

Contraente

Banca Nazionale del Lavoro S.p.a che stipula la Polizza per conto dei propri clienti.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Modulo di adesione dalla quale le Garanzie Assicurative sono efficaci.

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

Perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione o mestiere. Se l'evento colpisce un Non Lavoratore, l'Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.

Indennizzo (o anche Indennità o Prestazione)

Somma pagata dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa accidentale violenta e non dipendente dell'Assicurato che provoca danni fisici.

Istituto di Cura

Istituto universitario, ospedale, clinica o casa di cura, autorizzati a prestare assistenza ospedaliera tramite Ricovero o Day Hospital. Sono esclusi stabilimenti termali, centri benessere e strutture con prevalente finalità estetica o dietologica e quelle per convalescenza o Lungodegenza.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di Assicurazione.

Lavoratore Autonomo

Persona fisica che esercita un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisce un reddito da lavoro dipendente (vedi definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono considerati Autonomi



anche 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 con un'anzianità minima di 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro al momento del sinistro. 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

Persona fisica che, in posizione subordinata, presta il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione italiana, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria. Per pubbliche amministrazioni si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi e 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 Dlgs 30.7.1999 n. 300. Sono considerati Dipendenti Pubblici anche i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che, in posizione subordinata, prestano il proprio lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione in base ai seguenti contratti contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratto di lavoro intermittente.

Malattia

Peggioramento dello stato di salute, diverso dalla gravidanza, che non dipende da Infortunio.

Massimale

La somma massima che la Compagnia paga come Indennizzo.

Modulo di adesione

Documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura, che sarà firmato dall'Aderente/Assicurato.

Non Lavoratore

Persona fisica che non è né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore dipendente privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. È considerato Non Lavoratore anche chi lavora da meno di sei mesi e non ha ancora superato il periodo di prova, i pensionati (anche se contestualmente svolgono un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata con 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).

Pensionato

Persona fisica che riceve 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.

Perdita d'impiego

Cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

Periodo di Franchigia – 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. 5436/02 conclusa nell'interesse dei Clienti, tra Contraente e Cardif RD.

Premio

Somma che si paga alla Compagnia per avere diritto alle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura – diversa dal Day Hospital – con almeno un pernottamento, certificato da Cartella Clinica e scheda di dimissione ospedaliera.

Sinistro

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.



Norme che regolano l'Assicurazione

Art. 1. Cosa e chi copre la Polizza?

La Polizza copre i rischi che potrebbero impedire all'Assicurato di mantenere il proprio stile di vita, e cioè la Perdita d'impiego, il Ricovero Ospedaliero e l'Inabilità Temporanea Totale.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di Carenza pari a 60 giorni. La garanzia Ricovero Ospedaliero, per Sinistri conseguenti a Malattia, è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni. La garanzia Perdita d'impiego è sottoposta ad un periodo Carenza di 6 mesi.

Il dettaglio delle condizioni e delle prestazioni per ogni garanzia è indicato all'art. 5.

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'art. 3, in funzione dello stato lavorativo al momento del Sinistro, una delle seguenti garanzie:

- Copertura per Inabilità Temporanea Totale, per i soli assicurati che, al momento del Sinistro, siano lavoratori autonomi; oppure
- Copertura per Ricovero Ospedaliero, per i soli assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non lavoratori o lavoratori dipendenti pubblici o pensionati; oppure
- Copertura per Perdita d'Impiego, per i soli assicurati che, al momento del Sinistro, siano lavoratori dipendenti privati. 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

Art. 2. Chi si può assicurare?

Per poter sottoscrivere il contratto di assicurazione è necessario che l'Assicurato:

- abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni;
- possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia, riportata sul Modulo di adesione;
- qualora sia un lavoratore dipendente privato, autonomo o dipendente pubblico, non sia stato assente dal lavoro, per infortunio o malattia, per più di 30 giorni consecutivi negli ultimi 12 mesi prima della data di decorrenza;
- qualora sia un lavoratore dipendente privato, non abbia ricevuto da parte del medesimo datore 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.

Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?

3.1 - Condizioni al momento dell'Adesione

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

- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale e residenza in Italia**
- l'Aderente e l'Assicurato non facciano 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 e domicilio abituale in Italia.**

3.2 - Condizioni durante l'Assicurazione



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

- L'Aderente e l'Assicurato mantengono il proprio domicilio abituale e residenza in Italia
- L'Aderente continua a non essere residente in uno Stato sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

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

Le Garanzie Assicurative cessano dal momento della perdita del requisito e la Compagnia le restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza del periodo assicurativo interessato, per il quale il Premio è stato versato (inclusi i premi eventualmente incassati prima della conoscenza della perdita del requisito da cui deriva la cessazione del contratto), al netto delle imposte. Se 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 e residenza dell'Aderente e dell'Assicurato in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza originaria dell'Aderente o dell'Assicurato).

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

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati (ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;
- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA).

Art. 4. Come aderire all'Assicurazione?

Per concludere l'Assicurazione occorre firmare il Modulo di adesione e confermare tutte le dichiarazioni ivi contenute. È possibile aderire all'Assicurazione, alla presenza di un addetto incaricato della Contraente sottoscrivendo il Modulo di adesione mediante firma autografa che l'Aderente potrà apporre sulla documentazione cartacea messa a disposizione dalla Contraente.

Art. 5. Quali sono le prestazioni?

5.1 - Perdita d'Impiego

Assicurati garantiti al momento del sinistro	Rischio	Prestazione
Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei	La Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" verificatisi dopo la Data di Decorrenza, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art 6 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura).	L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art 5.4 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



Assicurati garantiti al momento del sinistro	Rischio	Prestazione
mesi.		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.

Carenza: 6 mesi.

Franchigia assoluta: 30 giorni.

5.2 - Ricovero Ospedaliero

Assicurati garantiti al momento del sinistro	Rischio	Prestazione
-Lavoratori dipendenti pubblici -Pensionati -Non Lavoratori	Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio e Malattia, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 6 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura).	L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art 5.4 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, saranno 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.

Carenza: 60 giorni.

Franchigia relativa: 4 giorni.

5.3 - Inabilità Temporanea Totale

Assicurati garantiti al momento del sinistro	Rischio	Prestazione
Lavoratori Autonomi	Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia, in ogni caso nei limiti di quanto previsto all'art. 6 (eventi o situazioni esclusi dalla copertura).	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, saranno 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.



Carenza: 60 giorni.

Franchigia assoluta: 30 giorni, a partire dal primo giorno di inattività lavorativa oppure dal giorno della perdita della capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane, indicato sul certificato medico.

5.4 - Indennità

Per coloro che al momento del sinistro sono Non Lavoratori, l'Indennità è pari alla Somma Assicurata indicata nel Modulo di adesione, fino ad un massimo di 1500,00 (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.

DA SAPERE

Cos'è la Franchigia?

È il periodo di tempo durante il quale l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità, anche se si è verificato un Sinistro coperto da garanzia

- **Franchigia assoluta:** parte dell'Indennizzo, stabilita in contratto, che rimane comunque a carico dell'Assicurato a prescindere dall'entità del danno subito e che può essere espressa in percentuale oppure in denaro.

Ad esempio: se la Franchigia è di 30 giorni, l'Assicurato non riceverà alcuna Indennità prima che siano trascorsi 30 giorni dalla data del Sinistro; successivamente, da quel momento in poi riceverà le Indennità solo se ci sono ancora le condizioni che hanno fatto scattare la garanzia.

- **Franchigia relativa:** parte dell'Indennizzo, stabilita in contratto, che rimane a carico dell'Assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla soglia di franchigia.

Cos'è la Carenza?

È il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in cui le coperture assicurative sono sospese. In pratica, se la garanzia prevede una Carenza di 60 giorni, non saranno indennizzati i Sinistri che avverranno in questo periodo.

Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

Per tutte le Garanzie Assicurative:

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. 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. 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:

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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;
- f. interruzioni di lavoro dovute a gravidanza. Oltre che nei casi generali sub lettere da a) a j).

Le Garanzie Assicurative relative al rischio di Perdita d'Impiego sono inoltre escluse nei seguenti casi:

- a. 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;
- b. Licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- c. dimissioni;
- d. Licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- e. 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 e di sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore, ecc.);
- f. 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;
- g. contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- h. Licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- i. 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;
- j. messa in mobilità del Lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/odi vecchiaia;
- k. situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);
- l. Licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- m. 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:

- a. interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia, e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- b. ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza; aborto volontario non terapeutico;
- c. ricoveri dovuti a infertilità, sterilità, checkup di medicina preventiva;
- d. 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. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 - Quando iniziano?

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza a condizione che il primo addebito del Premio vada a buon fine; in caso contrario, le garanzie avranno effetto dalle ore 24.00 della data di pagamento di quanto dovuto.

7.2 - Quando cessano?

Le garanzie hanno 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 a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o tramite email come indicato nell'art 8.

In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15°giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

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 agisce per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese.

Le garanzie in ogni caso terminano, 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 o la residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio o residenza
- l'Aderente trasferisce la propria residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, con effetto dalla data del trasferimento della residenza (o anche se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato in cui l'Aderente ha trasferito, dopo l'adesione, la propria residenza originaria)

 **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 sul Modulo di adesione o a quello eventualmente comunicato nel corso del rapporto.**

Art. 8. Si può recedere dall'Assicurazione?

8.1- Il suo recesso

Lei può cambiare idea sull'adesione e recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, ma deve comunicarlo con raccomandata A/R, fax o tramite e-mail ai seguenti recapiti:

Cardif, Back Office Protezione - Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano

Fax: 02 30329809

Email: lineapersone@cardif.com

La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

La Compagnia provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.

Il rimborso è effettuato a mezzo bonifico bancario sul conto corrente che lei ha indicato nella comunicazione di recesso.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso.

La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

8.2- Il recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dall'Assicurazione se l'Aderente o l'Assicurato entrano 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. 9. A quanto ammonta l'indennità massima per ogni garanzia?

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:

Garanzia	Massimali
Perdita d'Impiego	6 indennità mensili per singolo Sinistro
Ricovero Ospedaliero	6 indennità mensili per singolo Sinistro
Inabilità Temporanea Totale	6 indennità mensili per singolo Sinistro

Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?

Il Premio è annuo ed è corrisposto in rate mensili costanti. L'ammontare totale del Premio è indicato nel Modulo di adesione e 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 annuo, indicato sul Modulo di adesione 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 alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione.

Art. 11. Come si denuncia un Sinistro?

Appena si verifica il Sinistro, la invitiamo a comunicarlo alla Compagnia privilegiando l'utilizzo del canale telefonico e chiamando il nostro **Servizio Clienti al numero 800.900.780 (oppure dall'estero +39/0277224686)** attivo dal lunedì-venerdì dalle ore 8.30 - 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00. Potrà prendere un appuntamento telefonico anche attraverso la Sua area riservata MyCardif.

Un nostro consulente specializzato potrà assisterla nella raccolta della segnalazione telefonica di Sinistro, indicandole le modalità di presentazione della denuncia e di istruzione della pratica nonché i documenti necessari (di seguito elencati).

Potrà inoltre contattare il nostro Servizio Clienti anche per ricevere informazioni sullo stato della pratica di Sinistro già in corso.

Potrà comunque sempre presentare denuncia di Sinistro o contattarci:

· via e-mail scrivendo a: **documentisinistriprotezione@cardif.com**

· via posta a: **Cardif - Back Office Protezione - Ufficio Sinistri, Casella Postale 421 - 20123 Milano (MI).**

I documenti da inviare, ai recapiti sopra indicati, in caso di Sinistro sono, per tutte le garanzie:

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

I documenti da inviare alla Compagnia in caso di Sinistro sono, per ogni garanzia:

Perdita d'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.

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.

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.

Per verificare prima il diritto all'Indennità e poi per liquidare il Sinistro, la Compagnia dovrà ricevere tutta la documentazione. Potranno anche richiederle documentazione integrativa o di sottoporsi ad accertamenti medici.

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti
- consentire indagini, accertamenti e visite mediche da parte di consulenti medici di fiducia della Compagnia, che ne sosterranno tutti i costi.



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Solo quando la Compagnia riceve tutta la documentazione, la denuncia è considerata completa e può partire la pratica di liquidazione.

Art. 12. Quando riceverò l'Indennità?

Entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione richiesta. Tutti i pagamenti della Compagnia, effettuati a qualunque titolo, sono:

- in euro;
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nell'Unione Europea o nello Spazio economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea o nello Spazio Economico Europeo. I paesi dell'Unione Europea sono riportati nel sito https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_it. I paesi dello Spazio economico Europe sono riportati nel sito: <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/it/sheet/169/lo-spazio-economico-europeo-see-la-svizzera-e-il-nord>.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea 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. 13. Quale legge si applica a questo contratto?

La legge italiana.

Art. 14. Come comunico con la Compagnia?

Tranne che per il recesso (> art. 8.1), per i sinistri (> art. 11), per i reclami (> art. 18) e per la privacy (> art. 19) può inviare le sue comunicazioni a mezzo posta o e-mail, ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano
Email: servizioclienti@cardif.com



COME
COMUNICARE CON
CARDIF

La Compagnia, tramite la propria *Home Page Internet* (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa e gestire telematicamente il contratto. L'area è consultabile attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione. Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio da lei comunicato, o per email se ha dato l'autorizzazione.

Art. 15. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?

No, non può, in alcun modo e per nessuna ragione.

Art. 16. Le mie dichiarazioni possono incidere sul diritto all'Indennità?

Sì, per questo è importante che al momento dell'adesione siano fornite **dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)**. In particolare, le informazioni richieste all'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenzia sin d'ora che non avrebbero consentito alla conclusione del contratto se avessero conosciuto la reale situazione. Pertanto, potranno rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa degli stessi Sinistri.

Art. 17. Qual è il foro competente in caso di controversia?

Pagina 11 di 17



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione della Polizza che può nascere tra la Compagnia o la Contraente (o entrambe) da una parte, e l'Aderente o l'avente diritto dall'altra, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente o dell'avente diritto.

Art. 18. A chi devo inviare un eventuale reclamo?

Reclami alla Compagnia

Se il reclamo riguarda 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), lei deve inviare una comunicazione scritta, per email, posta o fax, all'Ufficio Reclami delle Compagnie, al seguente recapito:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

Email: reclami@cardif.com

Fax: 02.77.224.265

E' possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul internet della Compagnia www.bnpparibascardif.it.

La Compagnia si impegna a risponderle entro 45 giorni. Se non lo facesse o se lei 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 della Compagnia.

Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda 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), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti consegnata a cura del medesimo intermediario assicurativo. L'intermediario si impegna a risponderle entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se lei 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

Se ritiene che non sia stata rispettata la normativa di settore, deve rivolgersi a mezzo PEC, posta o fax, direttamente all'IVASS ai seguenti recapiti:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS potrà utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it, nella sezione dedicata ai reclami.

L'autorità di vigilanza del paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito: <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html>.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il suo nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali lei presenta il reclamo
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Art. 19. Protezione dei dati personali



COME EFFETTUARE
UN RECLAMO



Come parte del contratto assicurativo e in qualità di titolare del trattamento, l'Assicuratore è tenuto ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Cliente (da intendersi quale Contraente/Aderente o Assicurato o Beneficiario del contratto assicurativo, oppure i soggetti che li rappresentano, o il Titolare effettivo), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è necessario per il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati.

Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

I dati personali raccolti dall'Assicuratore sono necessari:

a. Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, anche tra cui:

- adempimento di obblighi connessi all'esercizio dell'attività assicurativa;
- prevenzione delle frodi assicurative;
- prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

b. Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su sua richiesta

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, inclusi:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la prestazione dei servizi assicurativi che riguardano il Cliente;
- la gestione dei sinistri assicurativi, la relativa liquidazione e l'esecuzione della copertura assicurativa;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti dell'Assicuratore;
- l'assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione dell'Assicuratore della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:
 - i. i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;
 - ii. gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
 - iii. i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.
- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie;
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede



dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

c. Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

1. prova del pagamento del premio o del contributo;
2. prevenzione delle frodi;
3. adesione a contratti di coassicurazione o di riassicurazione;
4. gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
5. elaborazione di modelli statistici individuali, basati sull'analisi del numero e dell'incidenza delle perdite, ad esempio per aiutare a definire il punteggio di rischio assicurativo del Cliente;
6. elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario dell'Assicuratore o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
7. lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
8. formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
9. personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e attraverso:
 - _ miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
 - promozione dei propri contratti di assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo dell'Assicurato.Tale obiettivo può essere raggiunto:
 - segmentando i potenziali e gli attuali clienti dell'Assicuratore;
 - analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che l'Assicuratore rende disponibili (e-mail o messaggi, visite al sito web dell'Assicuratore, ecc.);
 - incrociando i dati raccolti dal contratto di assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che l'Assicuratore già tratta su di lui (es. l'Assicuratore potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare).
10. organizzazione di operazioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

I dati personali del Cliente potranno essere aggregati in statistiche anonime che potranno essere offerte alle società del Gruppo BNP Paribas per contribuire allo sviluppo della loro attività. In questo caso i dati personali del Cliente non verranno mai divulgati e coloro che riceveranno queste statistiche anonime non saranno in grado di accertare l'identità del Cliente stesso.

Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte dell'Assicuratore e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori dell'Assicuratore autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto dello stesso Assicuratore, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso Paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di



protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragruppo). Per richiedere una copia di tali garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta scritta ai recapiti di seguito indicati.

Il Cliente ha i seguenti diritti:

- Il diritto di accesso: il Cliente può ottenere informazioni riguardanti il trattamento dei propri dati personali e una copia di tali dati personali.
- Il diritto di rettifica: laddove il Cliente ritenga che i suoi dati personali siano incompleti o inesatti, potrà richiedere che tali dati personali vengano integrati e modificati.
- Il diritto alla cancellazione: il Cliente può richiedere la cancellazione dei propri dati personali, nella misura consentita dalla legge.
- Il diritto alla limitazione del trattamento: il Cliente può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali.
- Il diritto di opposizione: il Cliente può opporsi al trattamento dei propri dati personali, per motivi connessi alla propria situazione particolare. Il Cliente ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei propri dati personali per finalità di marketing diretto, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.
- Il diritto di revocare il suo consenso: qualora il Cliente abbia prestato il consenso al trattamento dei propri dati personali avrà sempre il diritto di revocare tale consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Il diritto alla portabilità dei dati: ove legalmente applicabile, l'Assicurato ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito all'Assicuratore o, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a terzi.

Se l'Assicurato desidera ricevere informazioni più dettagliate sul trattamento dei suoi dati personali effettuato dall'Assicuratore, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: www.bnpparibascardif.it (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che l'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuto a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

Per qualsiasi richiesta di informazioni o per esercitare i suoi diritti, il Cliente potrà contattare il Data Protection Officer (il "DPO", responsabile della protezione dei dati dell'Assicuratore) a mezzo e-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

data.protection.italy@cardif.com

P.za Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione.

In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un sinistro, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione, altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie).

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione del contratto assicurativo.

In alcuni casi per esempio quando stipula la polizza, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati



riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico. Rispetto a tali dati è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione ad altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in sinistri assicurativi o quando l'Assicuratore fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie).

Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di conclusione del contratto assicurativo.

Quando il Cliente compila un questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le malattie che riguardano l'Assicurato o gli incidenti subiti in passato).

Sulla base delle risposte del Cliente può essere emessa un'offerta assicurativa. Il premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

Il Cliente ha il diritto di contestare queste decisioni automatizzate rivolgendosi ad un membro del personale dell'Assicuratore, che deve considerare il punto di vista del Cliente. Tale diritto è esercitato secondo quanto indicato nel presente articolo e nella Sezione 7 dell'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web già citato.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza 5436/02 Reddito Protetto

PERDITA D'IMPIEGO

Il soggetto A, al momento della sottoscrizione, lavora come impiegata in una società privata come contabile da 1 anno.

A seguito del licenziamento, rimane senza lavoro per 10 mesi.

Cardif liquiderà al soggetto A una somma pari all'indennità mensile, al netto della franchigia di 30 giorni.

Es: Periodo di disoccupazione 10 mesi.

Importo rimborsato dalla Compagnia:

300 euro x 6 indennità = 1.800 euro. (il numero massimo di indennità rimborsabili per sinistro è pari a 6).

RICOVERO OSPEDALIERO

Il soggetto B a seguito di un infortunio viene ricoverato per 7 giorni.

Cardif liquiderà al soggetto B una somma pari all'indennità giornaliera per un massimo di 6 giorni.

Es: Periodo di ricovero 7 giorni.

Importo rimborsato dalla Compagnia: 50 euro x 6 indennità = 300 euro. (il numero massimo di indennità rimborsabili per Sinistro è pari a 6).

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Il soggetto C, al momento della sottoscrizione è una lavoratrice autonoma.

Facendo le pulizie di casa è caduta dalla scala e si è fratturata il femore.

Nei successivi 6 mesi viene sottoposta a più operazioni.

Cardif liquiderà al soggetto C una somma pari all'indennità mensile, al netto della franchigia di 30 giorni.

Es: Periodo di inabilità 6 mesi.

Importo rimborsato dalla Compagnia: 300 euro x 5 indennità = 1.200 euro.



LEGGE 193 del 07/12/2023 – Oblio oncologico

Impatti e interventi

Il 2 Gennaio 2024 è entrata in vigore la L. 193 del 07/12/2023 che tutela i diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.

Secondo tale disposto di Legge, dal 02/01/2024 **“il cliente non è più tenuto a dichiarare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti)”**.

Di conseguenza, con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193 non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) e che, qualora avesse fornito erroneamente tali informazioni, le stesse non potranno essere utilizzate da Cardif per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Pertanto, a fronte della norma illustrata, qualora dovesse risultare totalmente guarito da malattie oncologiche secondo i termini di legge, sarà suo diritto non fornire alcun documento medico inerente tale patologia e/o rispondere negativamente a qualsiasi richiesta di approfondimento.

Qualora dovesse (anche erroneamente) dichiarare una patologia oncologica e allegare documentazione >10 anni / > 5 anni, a seconda dei casi, la stessa non verrà presa in considerazione ai fini della valutazione medico – sanitaria dalla Compagnia.

ALCUNI ESEMPI:

- Assicurato di 24 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche all'età di 16 anni, e alla conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 5 anni. In tal caso, essendo passati almeno 5 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.
- Assicurato di 40 anni, che è stato in cura per patologie oncologiche, e alla cui conclusione del trattamento attivo non si sono verificati episodi di recidiva negli ultimi 10 anni. In tal caso, essendo passati almeno 10 anni dalla conclusione del trattamento, l'Assicurato non è tenuto a fornire informazioni relative allo stato di salute concernenti tali patologie oncologiche.

Milano, 05.2024