



**Tutela dei dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196**

Cardif Assurance Vie SA - Rappresentanza Generale per l'Italia e Cardif Assurances Risques Divers S.A - Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito le "Compagnie"), in qualità di Titolari del trattamento, informano che tratteranno i dati personali, ivi compresi i dati giudiziari e sensibili (quali le informazioni in merito allo stato di salute), del soggetto, di seguito definito l' "Interessato":

- contraente del contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio emesso da Cardif Assurance Vie; e, insieme,
- debitore nel contratto di Finanziamento per il quale il relativo creditore ha stipulato con Cardif Assurances Risques Divers un contratto di assicurazione contro il rischio di insolvenza;

secondo le modalità illustrate nella presente informativa, e siano essi forniti dal medesimo Interessato o da terzi.

Il trattamento avviene ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno delle nostre Compagnie, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto delle Compagnie medesime servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

Le Compagnie possono altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico dell'Assicuratore; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalle Compagnie anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in elenchi aggiornati (disponibili presso le sedi delle Compagnie) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalle Compagnie "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Le Compagnie non diffondono i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso le Compagnie e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

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

*Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro- tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo 15/Palazzo D1, 20132 Milano; e-mail [privacy\\_it@cardif.com](mailto:privacy_it@cardif.com)*

*Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro- tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo 15/Palazzo D, 20132 Milano; e-mail [privacy\\_it@cardif.com](mailto:privacy_it@cardif.com)*



**CARDIF CQS INPDAP**

**Mod. FIVCQSINPDAP0410**  
Aggiornato al 25/04/2010

Il presente **Fascicolo informativo** contiene:

- Glossario
- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Modulo di proposta (triplice copia)

e deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

**PRIMA DI SOTTOSCRIVERE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA!**

Secondo l'art. 166 D.Lgs. 209/05 e altre disposizioni vigenti, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri a carico del Contraente/Assicurato sono stampati in **grassetto** per dare rilevanza.



## GLOSSARIO

**Assicurato:** la persona fisica che sottoscrive un Finanziamento e coincidente con il Contraente, sulla cui vita viene stipulato il contratto di assicurazione.

**Assicuratore:** **CARDIF ASSURANCE VIE S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo/Palazzo D 20132 Milano, Capitale Sociale di Euro 625.756.496, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 08916510152 – R.E.A. 1254537, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I. 00010.

**Beneficiario:** il soggetto che ha diritto alla Prestazione.

**Capitale assicurato:** il valore attuale, al TAN annuo d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento, delle rate residue di rimborso del prestito di competenza del periodo successivo al verificarsi del Sinistro, al netto di ogni altra somma corrisposta dal Datore di Lavoro al Debitore in relazione al rapporto di lavoro ed includente le eventuali rate di rimborso del Finanziamento insolute dovute a temporanea interruzione del diritto del Debitore allo stipendio a cui abbia fatto seguito, con o senza soluzione di continuità, la risoluzione del rapporto di lavoro del Debitore medesimo.

**Certificato di polizza:** il documento sottoscritto dall'Assicuratore che comprova l'accettazione della Proposta del Contraente da parte dello stesso Assicuratore.

**Contraente:** il soggetto che formula la Proposta e che stipula il Contratto con l'Assicuratore obbligandosi a pagare il Premio.

**Contratto:** è il contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio a Premio unico, denominato "CARDIF CQS INPDAP", disciplinato dalle relative condizioni di assicurazione, di cui il presente Glossario è parte integrante, dalla Proposta accettata dall'Assicuratore, e dalle loro eventuali appendici nonché, per quanto non diversamente previsto, dalle disposizioni della legge applicabile.

**Data di Decorrenza:** le ore 24 del giorno di inizio del piano di ammortamento.

**Decesso:** la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

**Ente Erogatore:** persona giuridica concedente il Finanziamento.

**Fascicolo Informativo:** documento predisposto dall'Assicuratore e contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il glossario e il modulo della Proposta.

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

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

**Montante:** è la somma delle quote di stipendio che il Contraente deve complessivamente rimborsare all'Ente Erogatore per effetto del Finanziamento.

**Parti:** Contraente/Assicurato, Assicuratore.

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

**Prestazione:** importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

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

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



## NOTA INFORMATIVA - CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI PURO RISCHIO

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

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### A1. Informazioni generali

##### CARDIF ASSURANCES VIE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Gruppo BNP Paribas

Sede Legale 1 boulevard Haussmann 75009 Paris (Francia)  
 Direzione Generale 4 rue des Frères Caudron 92858 - Rueil Malmaison Cedex (Francia)  
 Sede della rappresentanza italiana Largo Toscanini, 1 – 20122 – Milano – Italia – Tel. 02.772241  
 Sito internet [www.cardif.com](http://www.cardif.com)  
 e-mail [informazioni@cardif.com](mailto:informazioni@cardif.com)

L'Assicuratore è iscritto al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 08916510152 – R.E.A. 1254537, autorizzato all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritto nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I. 00010. Capitale Sociale di Euro 625.756.496.

L'Assicuratore in Italia opera in regime di stabilimento ed è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza francese (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - French insurance industry regulatory authority: 61 rue Taitbout 75009 Paris).

**L'Assicuratore investe i premi tramite la sua sede francese e, pertanto, non necessariamente in attivi aventi caratteristiche consentite dalla normativa italiana in materia di assicurazione sulla vita**

La società di revisione del bilancio dell'Assicuratore è PricewaterhouseCoopers, 63 rue de Villiers - 92208 Neuilly - sur – Seine.

#### A2. Conflitto di interessi

In relazione all'offerta e all'esecuzione del contratto di assicurazione "CARDIF CQS INPDAP" Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia non ha individuato particolari situazioni di conflitto di interessi. In ogni caso, Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia, anche in presenza di un eventuale conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai contraenti.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### B1. Prestazioni Assicurative e Garanzie offerte

**"CARDIF CQS INPDAP" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio, la cui Prestazione consiste nel pagamento del Capitale assicurato al Beneficiario nel caso in cui si verifichi il Decesso dell'Assicurato durante il periodo di copertura.**

Il Premio è destinato unicamente alla copertura del rischio morte e, perciò, nessuna Prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. È assicurabile la persona fisica che abbia sottoscritto un Finanziamento.

Si precisa che una parte del Premio versato dal Contraente viene utilizzata da Cardif Assurance Vie S.A. per far fronte al rischio demografico di mortalità.

**Prestazione in caso di Decesso:** In caso di Decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità del presente Contratto, l'Assicuratore liquida al Beneficiario il Capitale Assicurato, come risultante al momento del Decesso.

**Qualora entro 60 giorni dalla data di effetto della copertura assicurativa non sia stato ancora versato all'Assicuratore il relativo Premio, la copertura sarà sospesa. La sospensione cesserà alle ore 24 del giorno in cui venga effettuato il versamento del Premio, con conseguente riattivazione della copertura assicurativa.**

**L'Assicurato è tenuto a leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione della documentazione sanitaria.**

#### B2. Premi

Il Premio è unico e anticipato, dipende dall'importo e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione della Proposta) dell'Assicurato ed è incluso nel capitale finanziato

Importi di Premio (valori in Euro)

Montante	10.000,00			20.000,00			50.000,00			
	Durata	2	5	10	2	5	10	2	5	10
Età										
30		123,77	123,77	282,19	247,54	247,54	564,38	618,84	618,84	1.410,95
40		123,77	123,77	282,19	247,54	247,54	564,38	618,84	618,84	1.410,95
50		123,77	123,77	282,19	247,54	247,54	564,38	618,84	618,84	1.410,95
60		123,77	123,77	407,63	247,54	247,54	815,26	618,84	618,84	2.038,15



## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

### C1. Costi gravanti sul Premio

L'ammontare totale del Premio unico, indicato sulla Proposta e sul Certificato di Polizza, è comprensivo di Diritti (spese amministrative per l'emissione del contratto) pari al 2% del Premio, e dei costi di distribuzione.

### C2. Regime Fiscale

**Imposta sui premi:** I premi delle assicurazioni sulla vita non sono, al momento della stipulazione del presente contratto, soggetti ad imposta. Eventuali futuri oneri fiscali saranno, in ogni caso, posti a carico del Contraente.

**Detrazione fiscale dei premi:** Le Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte danno diritto annualmente alla detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato. In particolare, ai sensi del D. Lgs. n. 47/2000, relativamente ad ogni periodo di imposta a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni in forma Temporanea Caso Morte versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta del 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di 245,32 euro, ottenuto applicando l'aliquota del 19% all'importo massimo di 1.291,14 euro.

In virtù della riduzione di imposta della quale l'Assicurato viene a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al Premio versato.

**Tassazione delle somme assicurate:** Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da Irpef e dall'imposta sulle successioni, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato.

**Non pignorabilità e non sequestrabilità:** Le somme corrisposte in dipendenza di contratti di assicurazioni sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 cod. civ.).

**Diritto proprio del Beneficiario:** Il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. In particolare ciò significa che le somme percepite a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (art. 1920 cod. civ.).

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### D1. Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoposizione all'Assicuratore della Proposta completa in ogni sua parte, riceva il Certificato di Polizza debitamente sottoscritto o altra comunicazione scritta di accettazione della Proposta proveniente dall'Assicuratore, ovvero se avvenuto in precedenza, nel momento in cui viene a conoscenza che il Finanziamento è stato erogato.

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di inizio del piano di ammortamento ed hanno termine alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di ammortamento del Finanziamento e comunque non oltre 122 mesi dalla data di erogazione.

La garanzia estende la sua efficacia al periodo precedente la data di effetto della Polizza, fino ad un massimo di 45 giorni.

### D2. Risoluzione del Contratto

La copertura assicurativa ha termine:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento e comunque non oltre 122 mesi dalla data di erogazione;
- trascorsi 120 giorni dal mancato pagamento del Premio da parte del Contraente, per risoluzione di diritto;
- in caso di mancata erogazione del Finanziamento
- in caso di estinzione anticipata del Finanziamento laddove il Contraente abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

In caso di estinzione anticipata del finanziamento:

- al Contraente, laddove abbia optato per l'estinzione delle garanzie determinandone la cessazione, sarà restituita la parte di premio pagato relativa al periodo residuo per il quale il rischio è cessato; tale parte è calcolata per la componente relativa alla copertura assicurativa, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo, al netto dei Diritti (spese amministrative per l'emissione del contratto), e per la componente residua relativa ai costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;
- laddove il Contraente abbia optato per il loro mantenimento, le garanzie assicurative rimangono in vigore fino al termine del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto secondo il piano di rimborso originariamente sottoscritto.

### D3. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto, con dichiarazione di revoca da comunicare all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente gli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la dichiarazione di revoca si riferisce. La dichiarazione di revoca tempestivamente pervenuta all'Assicuratore impedisce la conclusione del Contratto.

### D4. Diritto di Recesso

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

### D5. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per la liquidazione delle Prestazioni



Le Prestazioni saranno liquidate a seguito della consegna all'Assicuratore dei documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Tali Prestazioni saranno liquidate al più tardi entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al Sinistro.

Per conoscere l'elenco completo della documentazione da allegare alla richiesta di liquidazione si rinvia all'Articolo 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **D6. Legge applicabile e lingua in cui è redatto il Contratto**

Al presente Contratto di assicurazione sulla vita, stipulato dall'Assicuratore e redatto in lingua italiana, si applica la legge italiana.

#### **D7. Reclami**

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

Cardif Assurance Vie S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami – Via Tolmezzo 15/Palazzo D, - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)

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

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

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi: il nome, cognome e domicilio del reclamante; l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato; la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

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

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

- direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>;
- all'ISVAP, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

**CARDIF ASSURANCES VIE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa**



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

del contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio "CARDIF CQS INPDAP"

### Art 1 Oggetto della copertura

"CARDIF CQS INPDAP" è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio che offre una copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato.

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

E' assicurabile la persona fisica che:

- sia un lavoratore dipendente di un'amministrazione pubblica
- sottoscriva un Finanziamento;
- abbia adempiuto alle formalità di ammissione secondo quanto di seguito riportato.

Ogni assicurando deve sottoscrivere la Proposta inclusa nel Fascicolo Informativo.

Unitamente alla Proposta, l'assicurando deve presentare, secondo la modulistica prestabilita dall'Assicuratore, la documentazione di carattere sanitario, in funzione del Montante, dalla seguente tabella:

Montante	Documentazione medica richiesta*
Fino a Euro 52.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute
Da Euro 52.001,00 a Euro 75.000,00	Questionario Medico
Superiore a Euro 75.000,00	Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dell'Assicuratore)

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

Relativamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute, nel caso in cui l'assicurando ritenga di non poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Medico. Analogamente, con riferimento al Questionario Medico, l'assicurando, qualora ritenga di non poterlo sottoscrivere, dovrà fornire il Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dall'Assicuratore).

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico oppure del Rapporto di Visita Medica, gli stessi saranno messi a disposizione dell'Assicuratore per il tramite dell'Ente Erogatore.

In ogni caso l'Assicuratore si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione della copertura assicurativa.

La Proposta e la documentazione di carattere sanitario (Dichiarazione di Buono Stato di Salute, Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica) hanno validità pari a 120 giorni dalla data della loro sottoscrizione; pertanto, anche in caso di intervenuta accettazione della copertura da parte dell'Assicuratore, il Contratto non diverrà efficace qualora la data di erogazione del Finanziamento cada successivamente al 120° giorno dalla loro data di sottoscrizione.

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

#### Art. 3.1 Decorrenza e durata delle garanzie

Il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoposizione all'Assicuratore della Proposta completa in ogni sua parte, riceve il Certificato di Polizza o altra comunicazione scritta di accettazione della Proposta proveniente dall'Assicuratore, ovvero se avvenuto in precedenza, nel momento in cui viene a conoscenza che il Finanziamento è stato erogato.

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di inizio del piano di ammortamento.

Qualora entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza della copertura assicurativa non sia stato ancora versato all'Assicuratore il relativo Premio, la copertura sarà sospesa. La sospensione cesserà alle ore 24 del giorno in cui venga effettuato il versamento del Premio, con conseguente riattivazione della copertura assicurativa.

Si considera, in ogni caso, che la garanzia estenda la sua efficacia al periodo precedente la Data di Decorrenza della Polizza fino ad un massimo di 45 giorni.

#### Art. 3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento e comunque non oltre 122 mesi dalla data di erogazione;
- trascorsi 120 giorni dal mancato pagamento del Premio da parte del Contraente, per risoluzione di diritto;
- in caso di mancata erogazione del Finanziamento.
- in caso di estinzione anticipata del Finanziamento laddove il Contraente abbia optato per l'estinzione delle garanzie.

#### Art. 3.3 Estinzione anticipata del Finanziamento

In caso di estinzione anticipata del finanziamento:

- al Contraente, laddove abbia optato per l'estinzione delle garanzie determinandone la cessazione, sarà restituita la parte di premio pagato relativa al periodo residuo per il quale il rischio è cessato; tale parte è calcolata per la componente relativa alla copertura assicurativa, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo, al netto dei Diritti (spese amministrative per l'emissione del contratto), e per la componente residua relativa ai costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;



- laddove il Contraente abbia optato per il loro mantenimento, le garanzie assicurative rimangono in vigore fino al termine del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto secondo il piano di rimborso originariamente sottoscritto.

#### **Art. 4 Diritto di revoca e di recesso**

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del contratto, con dichiarazione di revoca da comunicare all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, contenente gli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la dichiarazione di revoca si riferisce. La dichiarazione di revoca tempestivamente pervenuta all'Assicuratore impedisce la conclusione del contratto.

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

Il recesso deve essere esercitato dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione al Contraente per il tramite dell'Ente Erogatore, del Premio versato al netto delle imposte e delle spese amministrative per l'emissione del contratto (Diritti), nei termini dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

#### **Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative**

##### **Art. 5.1 Rischio assicurato e Prestazione**

Salvo quanto previsto dall'art 5.2 - "Esclusioni", in caso di Decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità del presente Contratto, l'Assicuratore liquida una Prestazione pari al Capitale assicurato al Beneficiario.

##### **Art. 5.2 Esclusioni**

La copertura assicurativa è esclusa nei seguenti casi:

- a) **dolo degli aventi causa del Contraente ovvero del Beneficiario;**
- b) **il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di decorrenza dell'assicurazione**
- c) **infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze e postumi;**
- d) **infortuni o malattie noti o colpevolmente ignorati alla Data di Decorrenza che siano stati oggetto di dichiarazioni inesatte o reticenti;**

#### **Art. 6 Beneficiari delle prestazioni**

Salva diversa indicazione contenuta nella Proposta, Beneficiario è l'Ente Erogatore, che fin d'ora accetta, ai fini di estinguere il debito del Contraente e fino a concorrenza delle somme dovute dal Contraente medesimo per il Finanziamento; e, per l'eventuale eccedenza, gli aventi diritto del Contraente ai quali l'Assicuratore, per il tramite dell'Ente erogatore, provvederà a versare tale eccedenza.

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento, Beneficiario sono gli eredi del Contraente, cui l'Assicuratore provvederà a versare la Prestazione.

#### **Art. 7 Premi dell'assicurazione**

Il Premio è unico e anticipato, dipende dall'importo e dalla durata del Finanziamento nonché dall'età (alla data di sottoscrizione della Proposta) dell'Assicurato.

L'ammontare totale del Premio unico, indicato sulla Proposta e sul Certificato di Polizza, è comprensivo di Diritti (spese amministrative per l'emissione del contratto) pari al 2% del Premio, e dei costi di distribuzione.

#### **Art. 8 Denuncia dei Sinistri**

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo 15/Palazzo D, – 20132 Milano, fax n. 02 77224261.

L'Assicurato, il Beneficiario o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 02 77224392 (attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8 30m alle ore 19; il Sabato dalle ore 9 alle ore 13).

**Ai fini della liquidazione della Prestazione, dovrà essere consegnata all'Assicuratore la documentazione di seguito indicata, oltre ad ogni documento integrativo specificamente richiesto da quest'ultimo, in quanto ritenuto necessario a verificare il diritto alla Prestazione medesima:**

certificato di morte; - certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; - in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; - in caso di effettuazione di autopsia, copia del reperto autoptico; - se l'Assicurato ha lasciato testamento: copia autenticata del testamento e copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire; - se l'Assicurato non ha lasciato testamento: copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi; - se il sinistro si verifica dopo il verificarsi delle circostanze previste al precedente Articolo 3.3: copia del piano di ammortamento del Finanziamento originario.



L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre: sciogliere da ogni riserbo i medici curanti; consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

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

#### **Art. 9 Liquidazione dei sinistri**

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

#### **Art. 10 Legge Applicabile**

La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

#### **Art. 11 Comunicazioni**

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 15 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente all'Assicuratore dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo 15/Palazzo D – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'indirizzo indicato dal Contraente nella Proposta ovvero all'ultimo indirizzo comunicato per iscritto all'Assicuratore.

#### **Art. 12 Cessione dei diritti**

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

#### **Art. 13 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

#### **Art. 14 Foro competente**

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

#### **Art. 15 Reclami**

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

Cardif Assurance Vie S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia - **Ufficio Reclami** – Via Tolmezzo 15/Palazzo D - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail [reclami@cardif.com](mailto:reclami@cardif.com)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà, rivolgersi all'ISVAP, via del Quirinale 21, 00187 Roma, correddando l'esposto della copia del reclamo presentato all'Assicuratore nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultimo fornito.

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

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

- direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>;
- all'ISVAP, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.



**INCARICATO** Codice Agente BNL Finance/Agenzia \_\_\_\_\_ Agente BNL Finance/ Referente BNL: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE-ASSICURANDO** Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Tipo Documento\* \_\_\_\_\_ Num. documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ Luogo Rilascio \_\_\_\_\_ Data Rilascio \_\_\_\_\_  
\*01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

**FINANZIAMENTO** Ente Erogatore: **BNL FINANCE S.P.A.** Cod. id. Finanziamento \_\_\_\_\_ Tipologia di Finanziamento \_\_\_\_\_  
Durata (mesi) \_\_\_\_\_ Montante €. \_\_\_\_\_ Rata del Finanziamento €. \_\_\_\_\_

**PREMIO UNICO** Totale Premio €. \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO ASSICURANDO:**

- **AVENDO RICHIESTO** il Finanziamento sopra indicato, da rimborsarsi (per il tramite del proprio datore di lavoro) mediante disposizione di quote della propria retribuzione mensile ed avendo pertanto interesse ad assicurarsi contro il rischio di proprio decesso;
- **ESPRESSAMENTE ACCETTANDO** l'ammontare del Premio sopra indicato e dichiarando di aver autorizzato **BNL FINANCE S.P.A.** a computarne l'importo nel capitale finanziato;
- **DANDO ATTO di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente proposta, di aver letto, ben compreso ed accettato:** (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari; (ii) la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario; (iii) il **Fascicolo Informativo** relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione, oltre al glossario ed alla presente proposta.
- **FORNENDO** contestualmente alla presente Proposta di copertura, in calce alla stessa ovvero su separati moduli, le informazioni di carattere sanitario previste dalle Condizioni di Assicurazione ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte all'Assicuratore.
- **DICHIARANDO** di essere stato edotto, in relazione alla compilazione della documentazione di carattere sanitario, che:
  - le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla Prestazione;
  - prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
  - anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- **DICHIARANDO INOLTRE:** di aver trattenuto copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che sarà tenuto a sottoscrivere una nuova proposta e a ripetere le formalità di ammissione alla copertura qualora l'erogazione del Finanziamento non avvenga entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- **DICHIARANDO** altresì di accettare, nel caso di pagamento della Prestazione al Beneficiario effettuato pur in assenza del diritto alla stessa Prestazione assicurativa, la surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di credito di **BNL FINANCE S.P.A.** e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

**CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

- **CONFERMANDO** l'attribuzione del beneficio delle prestazioni a **BNL FINANCE S.P.A.**.



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. "Esclusioni", "Beneficiari", "Denuncia dei Sinistri", "Liquidazione Sinistri", "Cessione dei Diritti".



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196)

Preso visione dell'informativa consegnata unitamente al Fascicolo Informativo, resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) da Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia e da Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che mi impegno a rendere nota agli altri interessati, il Sottoscritto prende atto che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati personali sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 2003, esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_





INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DALL'ASSICURANDO (BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLE

INFORMAZIONI PRESENTATE)

**DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE** (per montanti di importo fino a € 52.000,00)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA di : avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es.: 175 – 70 = 105); non essere attualmente oppure essere stato in passato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che abbiano comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza); non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi; non essere in attesa di ricovero né di avere in previsione di sottoporsi ad accertamenti clinici o a visite mediche specialistiche, e di non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni\*; non essere/essere stato affetto da una malattia acuta o cronica\*\* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e personale (infermità o invalidità).

**DICHIARA** inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e veritiere; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite di BNL Finance S.p.A., di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Rapporto e la Data di Decorrenza della copertura, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della domanda di adesione.

\* salvo che per i seguenti interventi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, chirurgia estetica

\*\*esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, ipertensione arteriosa, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo e Data

nel caso in cui l'Assicurando non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute, ovvero l'importo del Finanziamento richieda altro tipo di informazioni sanitarie, ai sensi delle Condizioni di Polizza, si dichiara di presentare su separato modulo:

**QUESTIONARIO MEDICO** (per montanti di importo fino a € 75.000,00)

oppure

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA** (per montanti di importo superiore a € 75.001,00)

**PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO**

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

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

Si allega Fotocopia leggibile del documento di identità e Fotocopia leggibile del codice fiscale

\_\_\_\_\_   
Luogo e Data

\_\_\_\_\_   
Firma e timbro dell'Incaricato

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





**INCARICATO** Codice Agente BNL Finance/Agenzia \_\_\_\_\_ Agente BNL Finance/ Referente BNL: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
**CONTRAENTE-ASSICURANDO** Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Tipo Documento\* \_\_\_\_\_ Num. documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ Luogo Rilascio \_\_\_\_\_ Data Rilascio \_\_\_\_\_  
 \*01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro  
**FINANZIAMENTO** Ente Erogatore: **BNL FINANCE S.P.A.** Cod. id. Finanziamento \_\_\_\_\_ Tipologia di Finanziamento \_\_\_\_\_  
 Durata (mesi) \_\_\_\_\_ Montante €. \_\_\_\_\_ Quota mensile del Finanziamento €. \_\_\_\_\_  
**PREMIO UNICO** Totale Premio €. \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO ASSICURANDO:**

- **AVENDO RICHIESTO** il Finanziamento sopra indicato, da rimborsarsi (per il tramite del proprio datore di lavoro) mediante disposizione di quote della propria retribuzione mensile ed avendo pertanto interesse ad assicurarsi contro il rischio di proprio decesso;
- **ESPRESSAMENTE ACCETTANDO** l'ammontare del Premio sopra indicato e dichiarando di aver autorizzato **BNL FINANCE S.P.A.** a computarne l'importo nel capitale finanziato;
- **DANDO ATTO di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente proposta, di aver letto, ben compreso ed accettato:** (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari; (ii) la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario; (iii) il **Fascicolo Informativo** relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione, oltre al glossario ed alla presente proposta.
- **FORNENDO** contestualmente alla presente Proposta di copertura, in calce alla stessa ovvero su separati moduli, le informazioni di carattere sanitario previste dalle Condizioni di Assicurazione ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte all'Assicuratore.
- **DICHIARANDO** di essere stato edotto, in relazione alla compilazione della documentazione di carattere sanitario, che:
  - le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla Prestazione;
  - prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
  - anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- **DICHIARANDO INOLTRE:** di aver trattenuto copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che sarà tenuto a sottoscrivere una nuova proposta e a ripetere le formalità di ammissione alla copertura qualora l'erogazione del Finanziamento non avvenga entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- **DICHIARANDO** altresì di accettare, nel caso di pagamento della Prestazione al Beneficiario effettuato pur in assenza del diritto alla stessa Prestazione assicurativa, la surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di credito di **BNL FINANCE S.P.A.** e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

**CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

- **CONFERMANDO** l'attribuzione del beneficio delle prestazioni a **BNL FINANCE S.P.A.**.



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa e, in particolare, gli articoli "Esclusioni", "Beneficiari", "Denuncia dei Sinistri", "Liquidazione Sinistri", "Cessione dei Diritti".



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196)**

Preso visione dell'informativa consegnata unitamente al Fascicolo Informativo, resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) da Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia e da Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che mi impegno a rendere nota agli altri interessati, il Sottoscritto prende atto che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati personali sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 2003, esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_





INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DALL'ASSICURANDO (BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLE INFORMAZIONI PRESENTATE)

**DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE** (per montanti di importo fino a € 52.000,00)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA di : avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es.: 175 – 70 = 105); non essere attualmente oppure essere stato in passato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che abbiano comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza); non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi; non essere in attesa di ricovero né di avere in previsione di sottoporsi ad accertamenti clinici o a visite mediche specialistiche, e di non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni\*; non essere/essere stato affetto da una malattia acuta o cronica\*\* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e personale (infermità o invalidità).

**DICHIARA** inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e veritiere; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite di BNL Finance S.p.A., di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Rapporto e la Data di Decorrenza della copertura, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della domanda di adesione.

\* salvo che per i seguenti interventi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, chirurgia estetica

\*\*esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, ipertensione arteriosa, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo e Data

nel caso in cui l'Assicurando non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute, ovvero l'importo del Finanziamento richiede altro tipo di informazioni sanitarie, ai sensi delle Condizioni di Polizza, si dichiara di presentare su separato modulo:

**QUESTIONARIO MEDICO** (per montanti di importo fino a € 75.000,00)

oppure

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA** (per montanti di importo superiore a € 75.001,00)

**PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO**

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

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

Si allega Fotocopia leggibile del documento di identità e Fotocopia leggibile del codice fiscale

\_\_\_\_\_   
Luogo e Data

\_\_\_\_\_   
Firma e timbro dell'Incaricato

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





**INCARICATO** Codice Agente BNL Finance/Agenzia \_\_\_\_\_ Agente BNL Finance/ Referente BNL: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE-ASSICURANDO** Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
 Tipo Documento\* \_\_\_\_\_ Num. documento \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ Luogo Rilascio \_\_\_\_\_ Data Rilascio \_\_\_\_\_  
 \*01=carta d'identità; 02=patente di guida; 03=passaporto; 04=porto d'armi; 05=tessera postale; 06=altro

**FINANZIAMENTO** Ente Erogatore: **BNL FINANCE S.P.A.** Cod. id. Finanziamento \_\_\_\_\_ Tipologia di Finanziamento \_\_\_\_\_  
 Durata (mesi) \_\_\_\_\_ Montante €. \_\_\_\_\_ Quota mensile del Finanziamento €. \_\_\_\_\_

**PREMIO UNICO** Totale Premio €. \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO ASSICURANDO:**

- **AVENDO RICHIESTO** il Finanziamento sopra indicato, da rimborsarsi (per il tramite del proprio datore di lavoro) mediante disposizione di quote della propria retribuzione mensile ed avendo pertanto interesse ad assicurarsi contro il rischio di proprio decesso;
- **ESPRESSAMENTE ACCETTANDO** l'ammontare del Premio sopra indicato e dichiarando di aver autorizzato **BNL FINANCE S.P.A.** a computarne l'importo nel capitale finanziato;
- **DANDO ATTO di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente proposta, di aver letto, ben compreso ed accettato:** (i) il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari; (ii) la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario; (iii) il **Fascicolo Informativo** relativo alla copertura assicurativa contro il rischio decesso, contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione, oltre al glossario ed alla presente proposta.
- **FORNENDO** contestualmente alla presente Proposta di copertura, in calce alla stessa ovvero su separati moduli, le informazioni di carattere sanitario previste dalle Condizioni di Assicurazione ed indispensabili alla preventiva valutazione del rischio da parte all'Assicuratore.
- **DICHIARANDO** di essere stato edotto, in relazione alla compilazione della documentazione di carattere sanitario, che:
  - le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla Prestazione;
  - prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
  - anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- **DICHIARANDO INOLTRE:** di aver trattenuto copia della documentazione di carattere sanitario da lui sottoscritta e di essere consapevole che sarà tenuto a sottoscrivere una nuova proposta e a ripetere le formalità di ammissione alla copertura qualora l'erogazione del Finanziamento non avvenga entro 120 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- **DICHIARANDO** altresì di accettare, nel caso di pagamento della Prestazione al Beneficiario effettuato pur in assenza del diritto alla stessa Prestazione assicurativa, la surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di credito di **BNL FINANCE S.P.A.** e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

**CHIEDE DI POTER ACCEDERE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

- **CONFERMANDO** l'attribuzione del beneficio delle prestazioni a **BNL FINANCE S.P.A.**



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. "Esclusioni", "Beneficiari", "Denuncia dei Sinistri", "Liquidazione Sinistri", "Cessione dei Diritti".



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196)**

Preso visione dell'informativa consegnata unitamente al Fascicolo Informativo, resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) da Cardif Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia e da Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che mi impegno a rendere nota agli altri interessati, il Sottoscritto prende atto che il mancato consenso al trattamento dei suoi dati personali sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 2003, esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_





**INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO FORNITE DALL'ASSICURANDO (BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLE INFORMAZIONI PRESENTATE)**

**DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE** (per montanti di importo fino a € 52.000,00)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA di : avere una differenza tra la propria altezza (espressa in cm) ed il proprio peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es.: 175 – 70 = 105); non essere attualmente oppure essere stato in passato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che abbiano comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività della vita quotidiana negli ultimi 3 anni, per più di 3 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza); non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi; non essere in attesa di ricovero né di avere in previsione di sottoporsi ad accertamenti clinici o a visite mediche specialistiche, e di non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni\*; non essere/essere stato affetto da una malattia acuta o cronica\*\* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e personale (infermità o invalidità).

**DICHIARA** inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, gli ospedali e gli istituti di cura in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copie dei documenti che le riportino oltre che di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copie di accertamenti medici effettuati; che le informazioni da lui qui fornite sono complete e veritiere; di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile; di essere consapevole di dovere dare sollecita comunicazione all'Assicuratore, per il tramite di BNL Finance S.p.A., di eventuali nuovi fattori inerenti il proprio stato di salute intervenuti tra la data di sottoscrizione del presente Rapporto e la Data di Decorrenza della copertura, al fine di consentire all'Assicuratore una corretta valutazione della domanda di adesione.

*\* salvo che per i seguenti interventi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, chirurgia estetica*

*\*\*esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, ipertensione arteriosa, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva*



**IL CONTRAENTE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo e Data

nel caso in cui l'Assicurando non possa sottoscrivere la Dichiarazione di Buono stato di Salute, ovvero l'importo del Finanziamento richiede altro tipo di informazioni sanitarie, ai sensi delle Condizioni di Polizza, si dichiara di presentare su separato modulo:

**QUESTIONARIO MEDICO** (per montanti di importo fino a € 75.000,00)

oppure

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA** (per montanti di importo superiore a € 75.001,00)

**PARTE RISERVATA ALL'INTERMEDIARIO**

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

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

Si allega Fotocopia leggibile del documento di identità e Fotocopia leggibile del codice fiscale

\_\_\_\_\_   
Luogo e Data

\_\_\_\_\_   
Firma e timbro dell'Incaricato

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





**CARDIF**  
GRUPPO BNP PARIBAS

**COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO IL RISCHIO DECESSO  
PRODOTTO CARDIF CQS INPDAP - MODULO DI PROPOSTA**

CARDIF ASSURANCE VIE S.A.

Rappresentanza generale per l'Italia: Via Tolmezzo, 15 Palazzo D - 20132 Milano - Tel. 02 77 22 41 - Fax 02 76 00 81 49

Società per azioni - Capitale sociale € 625.756.496 - Sede Sociale: 1, boulevard Haussmann - 75009 Parigi - Francia - Registro commercio Parigi B 732 028 154

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 - P.I. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916510152 - R.E.A. n° 1254537

**COPIA PER L'ASSICURATORE**

