

MODULO DI ADESIONE e DBS ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5314 - 03

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL: _____ Agente BNL Finance/ Referente BNL: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Importo di finanziamento richiesto _____ Durata finanziamento (mesi) _____ PREMIO UNICO Euro _____

ASSICURANDO Cognome e nome _____ età _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ CAP _____ indirizzo _____ n° _____

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

A) Per capitali finanziati inferiori o uguali ad Euro 55.000: la Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS) riportata di seguito sul presente Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvederà alla compilazione del **Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute (QA)** che verrà consegnato su separato modulo.

B) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il Rapporto di Visita Medica (RVM) che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

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

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando 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 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'Assicurando, fornite all'atto dell'adesione all'assicurazione, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando dichiara di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, ben compreso ed accettato:

- il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari, in occasione del primo contatto;
- la Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario;
- la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza Collettiva n. 5314/03;

Dichiara di aver ricevuto copia dei moduli di carattere sanitario sottoscritti.

Dichiara altresì di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla Data di Sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione.

Dichiara di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

Dichiara, inoltre di aderire alla copertura assicurativa di cui alla Polizza Collettiva n. 5314/03 e di prestare il proprio consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

L'Assicurando dichiara di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, l'Art. 6 "Esclusioni", l'Art. 7 "Beneficiari delle prestazioni", l'Art. 9 "Massimale", l'Art. 10 "Denuncia dei Sinistri", l'Art. 11 "Liquidazione Sinistri", l'Art. 14 "Cessione dei diritti" e l'Art. 15 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio".

✓ Firma dell'Assicurando: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DLGS 30 /6/ 2003 N.196) – IN FAVORE DI CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita da Cardif Assicurazioni S.p.A. di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei 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, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

Luogo e data: _____

MODULO DI ADESIONE e DBS ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5314 - 03

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL: _____ Agente BNL Finance/ Referente BNL: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Importo di finanziamento richiesto _____ Durata finanziamento (mesi) _____ PREMIO UNICO Euro _____

ASSICURANDO Cognome e nome _____ età _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ CAP _____ indirizzo _____ n° _____

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

B) Per capitali finanziati inferiori o uguali ad Euro 55.000: la **Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS)** riportata di seguito sul presente Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvederà alla compilazione del **Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute (QA)** che verrà consegnato su separato modulo.

B) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il **Rapporto di Visita Medica (RVM)** che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

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

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando 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 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'Assicurando, fornite all'atto dell'adesione all'assicurazione, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando dichiara di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, ben compreso ed accettato:

- il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari, in occasione del primo contatto;
- la Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario;
- la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza Collettiva n. 5314/03;

Dichiara di aver ricevuto copia dei moduli di carattere sanitario sottoscritti.

Dichiara altresì di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla Data di Sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione.

Dichiara di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

Dichiara, inoltre di aderire alla copertura assicurativa di cui alla Polizza Collettiva n. 5314/03 e di prestare il proprio consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

L'Assicurando dichiara di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, l'Art. 6 "Esclusioni", l'Art. 7 "Beneficiari delle prestazioni", l'Art. 9 "Massimale", l'Art. 10 "Denuncia dei Sinistri", l'Art. 11 "Liquidazione Sinistri", l'Art. 14 "Cessione dei diritti" e l'Art. 15 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio".

✓ Firma dell'Assicurando: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DLGS 30 /6/ 2003 N.196) – IN FAVORE DI CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita da Cardif Assicurazioni S.p.A. di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei 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, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

Luogo e data: _____

MODULO DI ADESIONE e DBS ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5314 - 03

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL: _____ Agente BNL Finance/ Referente BNL: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Importo di finanziamento richiesto _____ Durata finanziamento (mesi) _____ PREMIO UNICO Euro _____

ASSICURANDO Cognome e nome _____ età _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ CAP _____ indirizzo _____ n° _____

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

C) Per capitali finanziati inferiori o uguali ad Euro 55.000: la Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS) riportata di seguito sul presente Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvederà alla compilazione del **Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute (QA)** che verrà consegnato su separato modulo.

B) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il Rapporto di Visita Medica (RVM) che verrà consegnato su separato modulo.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

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

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando 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 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'Assicurando, fornite all'atto dell'adesione all'assicurazione, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando dichiara di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, ben compreso ed accettato:

- il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari, in occasione del primo contatto;
- la Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario;
- la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza Collettiva n. 5314/03;

Dichiara di aver ricevuto copia dei moduli di carattere sanitario sottoscritti.

Dichiara altresì di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla Data di Sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione.

Dichiara di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la decadenza da ogni beneficio del termine.

Dichiara, inoltre di aderire alla copertura assicurativa di cui alla Polizza Collettiva n. 5314/03 e di prestare il proprio consenso ai fini dell'art. 1919 c.c.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

L'Assicurando dichiara di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, l'Art. 6 "Esclusioni", l'Art. 7 "Beneficiari delle prestazioni", l'Art. 9 "Massimale", l'Art. 10 "Denuncia dei Sinistri", l'Art. 11 "Liquidazione Sinistri", l'Art. 14 "Cessione dei diritti" e l'Art. 15 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio".

✓ Firma dell'Assicurando: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DLGS 30 /6/ 2003 N.196) – IN FAVORE DI CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita da Cardif Assicurazioni S.p.A. di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei 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, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

Luogo e data: _____

MODULO DI ADESIONE e DBS ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5314 - 03

Codice Agente BNL Finance/Agenzia BNL: _____ Agente BNL Finance/ Referente BNL: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Importo di finanziamento richiesto _____ Durata finanziamento (mesi) _____ PREMIO UNICO Euro _____

ASSICURANDO Cognome e nome _____ età _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ CAP _____ indirizzo _____ n° _____

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

D) Per capitali finanziati inferiori o uguali ad Euro 55.000: la Dichiarazione di Buono Stato di Salute (DBS) riportata di seguito sul presente Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvederà alla compilazione del **Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute (QA)** che verrà consegnato su separato modulo.B) Per capitali finanziati superiori ad Euro 55.000: il Rapporto di Visita Medica (RVM) che verrà consegnato su separato modulo.**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

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

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando 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 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'Assicurando, fornite all'atto dell'adesione all'assicurazione, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce, il sottoscritto Assicurando dichiara di aver ricevuto, tutto quanto in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, di aver letto, ben compreso ed accettato:

- il documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari, in occasione del primo contatto;
- la Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario;
- la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza Collettiva n. 5314/03;

Dichiara di aver ricevuto copia dei moduli di carattere sanitario sottoscritti.

Dichiara altresì di essere consapevole che la Garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla Data di Sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, prende atto di essere tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione.

Dichiara di accettare, nel caso di pagamento della prestazione al Beneficiario effettuato in assenza del diritto alla prestazione assicurativa, la surrogazione della Compagnia nel diritto di credito *del Contraente* e, nel contempo, in relazione a tale ipotesi, la *decadenza da ogni* beneficio del termine.

Dichiara, inoltre di aderire alla copertura assicurativa di cui alla Polizza Collettiva n. 5314/03 e di prestare il proprio consenso ai fini dell'art. 1919 c.c..

✓ Firma dell'Assicurando: _____

L'Assicurando dichiara di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 del codice civile le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, l'Art. 6 "Esclusioni", l'Art. 7 "Beneficiari delle prestazioni", l'Art. 9 "Massimale", l'Art. 10 "Denuncia dei Sinistri", l'Art. 11 "Liquidazione Sinistri", l'Art. 14 "Cessione dei diritti" e l'Art. 15 "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio".

✓ Firma dell'Assicurando: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART.13 DLGS 30 /6/ 2003 N.196) – IN FAVORE DI CARDIF ASSICURAZIONI S.P.A.

Preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 (Codice in materia dei dati personali) fornita da Cardif Assicurazioni S.p.A. di cui all'art 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, prendo atto che il mancato consenso al trattamento dei miei 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, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

✓ Firma dell'Assicurando: _____

Luogo e data: _____

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA: **Cardif Assicurazioni S.p.A.**, Via Tolmezzo 15/Palazzo D - 20132 Milano, Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento dell'ISVAP emesso in data 19.11.1996 pubblicato sulla G.U. del 28.11.1996, n. 279, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00126, Telefono: 02.772241, sito internet: www.cardif.it; e-mail: info@cardif.com;

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGISLAZIONE APPLICABILE: Ai sensi degli Artt. 180 e 181 del D. Lgs n. 209/2005, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana, così come preventivamente convenuto tra gli Assicuratori e la Contraente.

GESTIONE DEI RECLAMI

RECLAMI ALL'IMPRESA: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Ufficio Reclami, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti: Cardif Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo 15/Palazzo D - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com.

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

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

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

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

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

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

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

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E DELL'ADERENTE: In sede di conclusione del contratto, gli Assicurati devono fornire all'Assicuratore dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che gli Assicurati rilascino dichiarazioni false o

reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.

PRESCRIZIONE: I diritti derivanti dalle polizze si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

DURATA DELLE GARANZIE: Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

RECESSO L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza (data in cui l'operazione di finanziamento è stata perfezionata), dandone comunicazione all'Assicuratore per il tramite della Contraente a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Si invita l'Aderente a leggere con particolare attenzione il contratto prima della sottoscrizione con particolare riferimento alle clausole concernenti le garanzie incluse e quelle escluse nelle coperture assicurative, la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
DEFINIZIONI

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

Assicuratore: Cardif Assicurazioni S.p.A., con sede legale al n°15/D di Via Tolmezzo, 20132 Milano, capitale sociale € 59.383.334,00, P. IVA, C.F e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 11552470152, R.E.A. n°1475525 iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00126, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

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

Beneficiario: Il soggetto che ha diritto alla prestazione.

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 Sinistro, come risultano dal piano di ammortamento definito alla stipula del contratto di finanziamento.

Contraente: BNL Finance, che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

Data di Decorrenza: Giorno di erogazione del contratto di finanziamento della Contraente.

Decesso: La morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Dichiarazione di Adesione: Documento con il quale l'Assicurato aderisce alla Polizza.

Garanzie/e: La/e copertura/e offerta/e dalla Polizza.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: Somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro, in base alle Condizioni di assicurazione.

Infortuno: Evento dovuto a causa fortuita

violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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

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

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

Parti: Assicurato, Assicuratore, Contraente.

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

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

Prestazione: Somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro, in base alle Condizioni di assicurazione.

Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute: Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

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

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

Art 1. Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato la garanzia Decesso da tutte cause, valida in tutti i paesi del mondo.

Art. 2. Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica che:

- sia un pensionato;
- rispetti i limiti di età previsti per l'adesione e per il termine della copertura assicurativa come precisato al punto 2.1 - "Limiti di età".

Si aderisce alla copertura assicurativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione ed espletando le formalità assuntive indicate al punto 2.2 - "Formalità di ammissione".

2.1 - Limiti di età

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

2.2 - Formalità di ammissione

Oltre alla sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato dovrà, in relazione al capitale finanziato e all'età, espletare le seguenti formalità di ammissione:

A) Per capitali inferiori o uguali ad Euro 55.000: sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Nel caso in cui l'Assicurando non ritenga di poter sottoscrivere la DBS, provvederà alla compilazione del **Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute.**

B) Per capitali superiori ad Euro 55.000: sottoscrivere il Rapporto di Visita Medica.

Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle stesse e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurando, l'Assicurando stesso deve dare sollecita comunicazione all'Assicuratore al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste. Per ciascun Assicurando la garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui l'erogazione del finanziamento avvenga entro il 90° giorno dalla data di sottoscrizione della documentazione prevista dalla formalità di ammissione. Nel caso in cui la Data di Decorrenza sia successiva al termine sopraindicato, l'Assicurando è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

I Moduli di Adesione all'Assicurazione, unitamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute o in alternativa al Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute o al Rapporto di Visita Medica dovranno essere inviati all'Assicuratore per il tramite della Contraente. L'Assicuratore, relativamente alle formalità di ammissione B (Rapporto di Visita Medica), o nel caso di formalità di ammissione A) ove l'assicurando compili il Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. Il rifiuto o la conferma di accettazione del rischio verranno comunicati dall'Assicuratore all'Assicurando, e alla Contraente per conoscenza.

Art. 3. Decorrenza, durata e cessazione della garanzia

Art. 3.1 - Decorrenza della garanzia

Le garanzie decorrono dalle ore 24 della Data di Decorrenza a condizione che:

- il Premio previsto sia stato versato;
- per gli Assicurati che hanno compilato il Rapporto di Visita Medica o il Questionario di Autocertificazione dello Stato di Salute l'Assicuratore abbia dato preventiva accettazione alla copertura.

Art. 3.2 - Durata della garanzia

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

Art. 3.3 - Cessazione della garanzia

La copertura assicurativa ha termine, per ciascun Assicurato:

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

Art. 3.4 - Estinzione anticipata del

finanziamento

In caso di estinzione anticipata del finanziamento:

- all'Aderente, laddove abbia optato per l'estinzione delle garanzie determinandone la cessazione ai sensi dell'articolo 3.3 che precede, 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, e per la componente residua relativa ai costi in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;

- laddove l'Aderente 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 recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione all'Assicuratore per il tramite della Contraente a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il recesso determina la cessazione della copertura assicurativa dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente del Premio versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Art. 5. Condizioni e Prestazioni relative alla copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene prestata alle condizioni specificate di seguito:

Copertura assicurativa per Decesso

(I) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto dall'Art 6 - "Esclusioni", il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

(II) Prestazione Assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, l'Assicuratore liquida il Capitale Assicurato, risultante al momento del Decesso, secondo il piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento, **esclusi eventuali importi di rate insolute.**

Gli eventuali interessi di ritardato pagamento relativi al periodo intercorrente tra la data del Decesso e la data di comunicazione di tale evento, vengono rimborsati con un limite massimo di 2 mesi di interessi.

Art. 6. Esclusioni

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

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

insorgere;

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

Art. 7. Beneficiari delle prestazioni

Beneficiaria è la Contraente, che fin d'ora accetta, ai fini di estinguere o ridurre il debito dell'Assicurato e fino a concorrenza delle somme ad essa dovute dall'Assicurato e, per l'eccedenza, l'Assicurato stesso o gli aventi diritto ai quali la Contraente provvederà a versare tale eccedenza.

Nel caso di estinzione anticipata Beneficiari sono gli eredi o gli aventi diritto dell'Assicurato.

Art. 8. Premi dell'assicurazione

Il Premio, unico ed anticipato, è determinato moltiplicando il montante finanziato all'Assicurato per il relativo tasso di Premio, calcolato sulla base dell'età dell'Assicurato e della durata del prestito. L'importo del Premio è indicato nel Modulo di Adesione alla copertura assicurativa.

Art. 9. Massimale

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

Art. 10. Denuncia dei Sinistri

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto, a Cardif Assicurazioni S.p.A. - Gestione Linea Persone - Via Tolmezzo 15/Palazzo D - 20132 Milano, fax n. 02 77224261. L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al numero 840.701.910.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo

necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

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

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

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

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

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

Art. 11. Liquidazione dei Sinistri

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

Art. 12. Legge Applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 13. Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 17, tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato all'Assicuratore, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif Assicurazioni S.p.A. - Gestione Linea Persone – Via Tolmezzo 15/Palazzo D – 20132 Milano, fax n. 02-77.224.261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate

all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 14. Cessione dei diritti

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

Art. 15. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 16. Foro competente

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

Art. 17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a Cardif Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Reclami – Via Tolmezzo 15/Palazzo D – 20132 Milano – n° fax 02.77.224.265 – indirizzo e-mail: reclami@cardif.com.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della copia del reclamo presentato a Cardif Assicurazioni S.p.A., nonché dell'eventuale riscontro da parte di quest'ultima fornito. Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

Art. 18. Tutela Dati – Informativa

L'Assicuratore, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica,

con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi. All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto dell'Assicuratore medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale. L'Assicuratore può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico 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 dall'Assicuratore anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede dell'Assicuratore) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dall'Assicuratore "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. L'Assicuratore non diffonde i dati personali degli Interessati. Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso l'Assicuratore e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a: Cardif Assicurazioni S.p.A., in persona del Direttore Generale, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali di clienti / marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo 15/ Palazzo D – 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com.