

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

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Polizza Collettiva n. 5436/02 (canale Rete)

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

Inabilità Temporanea Totale

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

✓ Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia: Indennità pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi denunciata presentata al momento del Sinistro. Se tale importo, maggiorato del 10%, sia:

- superiore o uguale alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata;
- inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata se l'Assicurato dimostri che alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione; in mancanza di tale prova l'Indennità sarà pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi dell'ultima denuncia presentata al momento del Sinistro

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

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

Ricovero Ospedaliero

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

✓ Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia.

- Per i **Non Lavoratori** l'Indennità è pari alla Somma Assicurata indicata nel Modulo di adesione fino ad un massimo di 1.500,00 Euro
- Per i **Lavoratori Dipendenti Pubblici e i Pensionati**, l'Indennità è pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi denunciata presentata al momento del Sinistro. Se tale importo, maggiorato del 10%, sia:

- superiore o uguale alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata;
- inferiore alla Somma Assicurata, l'Indennità sarà pari alla Somma Assicurata se l'Assicurato dimostri che alla Data di Decorrenza, il 65% del suo Reddito era almeno pari alla Somma Assicurata indicata sul Modulo di adesione; in mancanza di tale prova l'Indennità sarà pari al 65% del Reddito della Dichiarazione dei Redditi dell'ultima denuncia presentata al momento del Sinistro.

✓ L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza.

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

Perdita d'impiego

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

✓ Perdita d'Impiego a seguito di cessazione del rapporto di lavoro dipendente: l'Indennità sarà calcolata con riferimento al 65% della media del Reddito degli ultimi tre Cedolini mensili antecedenti il Sinistro. Se tale importo, maggiorato del 10%, sia:

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

✓ L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza.

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

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

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



Che cosa non è Assicurato

- ✗ cliente non titolare/cointestatario di un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.a.
- ✗ cliente con età superiore ai 65 anni al momento dell'adesione
- ✗ cliente con età superiore ai 70 anni al termine dell'annualità assicurativa
- ✗ cliente che non possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute riportata sul Modulo di Adesione; (non rilevano l'essere affetti da una malattia mentale ovvero da patologie che richiedano in via continuativa l'assunzione a scopo terapeutico esclusivamente di farmaci psicotropi)
- ✗ cliente affetto da Malattie o lesioni fisiche né da patologie che necessitino di un trattamento medico, farmacologico o fisioterapico continuativo nel tempo (non rilevano l'essere sottoposti a trattamento medico o farmacologico che preveda esclusivamente l'assunzione di farmaci psicotropi)
- ✗ cliente - lavoratore al momento dell'adesione - assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di Malattia o di Infortunio
- ✗ cliente - Lavoratore Dipendente del settore Privato al momento dell'adesione - che ha ricevuto nei 12 mesi antecedenti l'adesione una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione
- ✗ cliente con contratto di lavoro dipendente che non sia di diritto italiano, con un orario settimanale inferiore alle 16 ore e di durata inferiore ai 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro al momento dell'adesione.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni generali per tutte le garanzie

- ! dolo dell'Assicurato, dell'Aderente ovvero del Beneficiario;
- ! sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezione fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici occorsi all'estero, se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ! sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; gli atti autolesivi; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non terapeutiche o non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- ! sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! Infortuni già verificatisi o Malattie già in essere alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- ! sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ! Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate, infezione da HIV ovvero patologie ad essa correlate.

Esclusioni specifiche per la garanzia Inabilità Temporanea Totale

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

Esclusioni specifiche per la garanzia Ricovero Ospedaliero

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

Esclusioni specifiche per la garanzia Perdita d'Impiego

- ! licenziamento di Assicurati presso il medesimo datore di lavoro dal quale avevano ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione, un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;
- ! licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- ! dimissioni;
- ! licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- ! licenziamenti tra congiunti, anche da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore, ecc.);
- ! cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
- ! contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- ! licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- ! risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- ! messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- ! situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);
- ! licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- ! licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

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

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

Come e quando devo pagare?

Il Premio è unico ed è corrisposto in rate mensili costanti. Il pagamento delle rate mensili di Premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto all'addebito sul conto corrente intrattenuto presso la Contraente; il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. L'ammontare totale del Premio unico, indicato sul Modulo di adesione è comprensivo dell'imposta di assicurazione, a carico dell'Aderente, attualmente pari al 2,5% del premio imponibile. Il primo addebito del Premio è effettuato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Come posso disdire la polizza?

Puoi ripensarci e recedere dalla polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza comunicandolo alla Compagnia mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente, ovvero con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email.

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



DEFINIZIONI:

Aderente/Assicurato: la persona fisica, cliente della Contraente e titolare e/o cointestatario di conto corrente presso la stessa, che ha aderito alla copertura sottoscrivendo il Modulo di adesione e per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratore – Compagnia: CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS – Rappresentanza Generale per l'Italia

società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16,876 Milioni di euro
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

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

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla Prestazione.

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

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

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

Data di Decorrenza: data indicata sul Modulo di adesione dalla quale la Polizza è efficace.

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

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

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle condizioni di assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente

constatabili.

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

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

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

Lavoratore Dipendente Privato:

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

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

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

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

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

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

Parti: Aderente/Assicurato, Assicuratore, Contraente.

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

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

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

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5436/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

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

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

- **per Lavoratori Autonomi**: un dodicesimo del compenso derivante dall'attività professionale o artistica di un Lavoratore Autonomo, indicato nella Dichiarazione dei redditi delle Persone fisiche, al netto di una detrazione del 30% quale importo forfetario delle imposte sul reddito. Sono escluse dal calcolo del Reddito tutti gli importi non riconducibili direttamente all'attività lavorativa autonoma quali, a titolo di esempio, le plusvalenze patrimoniali, i redditi da fabbricati, proprietà e terreni, le plusvalenze finanziarie, ecc.
- **per Lavoratori Dipendenti Privati, Lavoratori Dipendenti Pubblici e per i Pensionati**: l'importo al netto delle ritenute previdenziali, fiscali e parafiscali, indicato nel Cedolino, quale compenso per la prestazione lavorativa svolta dal lavoratore, o quale pensione del pensionato, al quale devono essere sottratti gli emolumenti corrisposti a titolo di rimborso spese e le retribuzioni in forma differita quali ad esempio premi di produttività, bonus personali, tredicesima, quattordicesima, gratifica natalizia, ecc.

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

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

Somma Assicurata: importo riportato sul Modulo di adesione, fino alla cui concorrenza viene erogata l'Indennità periodica in caso di Sinistro fatte salve le altre condizioni di assicurazione.

Art. 1. Oggetto della copertura

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

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

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

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

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

Art. 2. Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

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

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

Si aderisce alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di adesione.

2.1 Condizioni al momento dell'Adesione

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

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

2.2 Condizioni durante l'assicurazione

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

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia
- gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato era cittadino al momento dell'adesione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui l'Aderente/Assicurato acquisisce la cittadinanza dopo l'adesione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America
- L'Aderente mantiene la propria residenza in Italia.

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

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

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

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

Art. 3. Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie

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

- 3.2 In caso di mancato pagamento delle rate mensili di Premio successive al primo addebito del Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza dell'ultima rata pagata e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento di quanto dovuto.
- 3.3 Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora l'Assicuratore, nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il primo addebito o la rata mensile di Premio sono scaduti, non agisce per la riscossione. In tal caso l'Assicuratore ha diritto al pagamento del Premio nella sua interezza e al rimborso delle spese.
- 3.4 La copertura assicurativa ha una durata annuale. Alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno salvo disdetta da inviarsi all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:
- Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita
Casella Postale 550
20123 Milano (MI) (farà fede il relativo timbro postale)
 - Fax: 02.30329809
 - email: lineapersone@cardif.com
 - compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente (farà fede la data di sottoscrizione apposta sul modulo).

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

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

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Aderente sul Modulo di adesione o a quello eventualmente comunicato nel corso del rapporto.

Art. 4. Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dall'assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza tramite lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

- Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) (farà fede il relativo timbro postale)
- Fax: 02.30329809
- email: lineapersone@cardif.com
- mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente (farà fede la data di compilazione del modulo presso la filiale).

Alla ricezione di detta comunicazione, la Compagnia rimborserà quanto pagato al netto delle imposte.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a

corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso.

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

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

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

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

Art. 5. Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

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

A. Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.

(c) Periodo di Franchigia

La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

(d) Periodo di Carenza

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

(e) Prestazione assicurativa

L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

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

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

B. Copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Pensionati.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio assicurato è il Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia.

(c) Periodo di Franchigia

La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo

dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di Ricovero Ospedaliero.

(d) Periodo di Carenza

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

(e) Prestazione assicurativa

L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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

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

C. Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 7, il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(c) Periodo di Franchigia

La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta così come indicata all'Art. 6 Calcolo dell'Indennità. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

(d) Periodo di carenza

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

(e) Prestazione assicurativa

L'Assicurato, al termine del Periodo di Franchigia, acquisisce il diritto all'Indennità nella misura definita dall'Art. 6 e così successivamente per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di disoccupazione.

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

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

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo.

Art. 6. Calcolo dell'Indennità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 (diciotto) volte per l'intera durata della Polizza, nonché con i seguenti limiti di Indennizzo per Sinistro e con applicazione delle seguenti Franchigie:

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

Art. 7. Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

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

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

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

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

- q) *licenziamento di Assicurati presso il medesimo datore di lavoro dal quale avevano ricevuto nei 12 mesi prima dell'adesione, un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;*
- r) *licenziamenti dovuti a "giusta causa";*
- s) *dimissioni;*
- t) *licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;*
- u) *licenziamenti tra congiunti, anche da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore, ecc.);*
- v) *cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;*
- w) *contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;*
- x) *licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";*
- y) *risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;*
- z) *messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;*
- aa) *situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);* bb) *licenziamento per superamento del periodo di comporto;*
- cc) *licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.*

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

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

Art. 8. Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni è l'Aderente/Assicurato.

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

Art. 9. Premi dell'assicurazione

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

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

Il pagamento delle rate mensili di Premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto all'addebito sul conto corrente intrattenuto presso la Contraente; il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza. L'ammontare totale del Premio unico, indicato sul Modulo di adesione è comprensivo dell'imposta di assicurazione, a carico dell'Aderente, attualmente pari al 2,5% del premio imponibile.

Il primo addebito del Premio è effettuato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

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

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

L'Aderente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con comunicazione da inviarsi alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della data di efficacia della stessa variazione a mezzo lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita

Casella Postale 550

20123 Milano (MI)

Fax: 02.30329809

email: lineapersone@cardif.com

In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine del periodo di assicurazione annuale per il quale il Premio è stato pagato e nulla sarà più dovuto dall'Aderente per le annualità successive. In ogni caso, prestando la propria adesione alle coperture assicurative, l'Aderente ha concordato che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

Art. 11. Denuncia dei Sinistri

In caso di Sinistro, si raccomanda all'Assicurato di contattare tempestivamente e preventivamente il Servizio Clienti che risponde al numero verde 800.900.780 oppure dall'estero 02.77224686 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif scrivendo a mezzo posta, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

- Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri - Casella Postale 421 – 20123 Milano (MI)
- fax 02.30329810
- email: documentisinistriprotezione@cardif.com

Ai fini della liquidazione dei Sinistri dovrà essere consegnata all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione.

I documenti da consegnare necessari per tutte le garanzie sono:

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

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

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

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

Art. 12. Liquidazione dei Sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 giorni lavorativi da tale ricezione.

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

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

Art. 13. Legge applicabile

La legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

Art. 14. Comunicazioni

Tranne che per il recesso (art. 4), per i sinistri (art. 11), per i reclami (Art. 18) e per la Privacy (art. 19), tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a:

- **Cardif – Back Office Protezione**
Post Vendita Casella Postale 550
20123 Milano (MI)
- **email servizioclienti@cardif.com**

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato **ovvero qualora l'Aderente/Assicurato abbia concesso l'autorizzazione, all'indirizzo e-mail specificato.**

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

Art. 15. Cessione dei diritti

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

Art. 16. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 17. Foro competente

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

Art. 18. Reclami

Reclami alla Compagnia

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

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

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

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

Reclami all'intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello Allegato 4, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

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

Reclami all'IVASS

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

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

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul

sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome, indirizzo ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

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

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>.

Art. 19 - Protezione dei dati personali

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

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è obbligatorio. Se il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati.

I dati personali raccolti dall'Assicuratore sono necessari:

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

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

- Prevenzione delle frodi assicurative;
- Prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento del terrorismo;
- Contrasto all'evasione fiscale e adempimento degli obblighi di controllo fiscale e di notifica;
- Monitoraggio e segnalazione dei rischi in cui l'organizzazione potrebbe incorrere;
- Risposta ad una richiesta ufficiale di un'autorità pubblica o giudiziaria debitamente autorizzata.

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

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

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

c. Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore

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

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

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

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

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

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

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

Data Protection Officer

- > data.protection.italy@cardif.com
- > P.za Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano

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

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

Quando denuncia un sinistro, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute.

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

Quando stipula la polizza, il Cliente può talvolta essere tenuto a fornire all'Assicuratore dati riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico.

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

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

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

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