



Partner di UniCredit

CNP UniCredit Vita S.p.A.

Società facente parte del gruppo CNP Assurances S.A.

Incontra
Assicurazioni

Incontra Assicurazioni S.p.A.

In partnership con UniCredit

CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO ANTICIPATO

PER LAVORATORI AUTONOMI, LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI
E NON LAVORATORI

Ed. 12/2023

Il presente set informativo contiene:

- DIP Vita - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione vita
- DIP Danni - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione danni
- DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

PER LA COMPONENTE VITA (offerta da CNP UniCredit Vita S.p.A.):

- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
- Informativa per il trattamento dei dati personali
- Modulo di Adesione - FAC-SIMILE

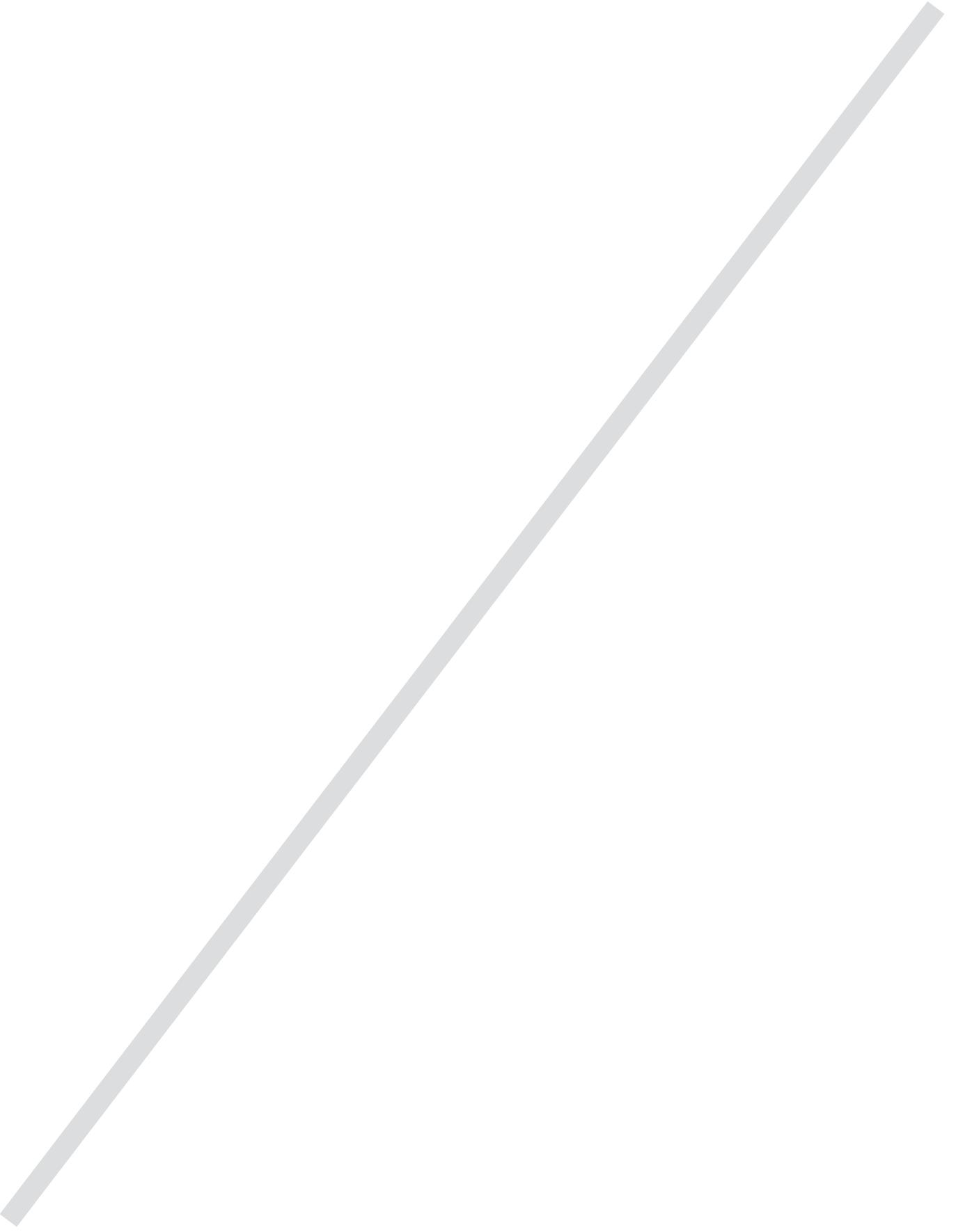
PER LA COMPONENTE DANNI (offerta da Incontra Assicurazioni S.p.A.):

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- Facsimile del Modulo di adesione
- INFORMATIVA PRIVACY

- Riferimenti normativi - Articoli di Legge

Il presente SET INFORMATIVO deve essere consegnato all'Aderente prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo



Cara/o Cliente,

per consentirti una lettura facilitata del Set Informativo, desideriamo anticiparti qui alcune precisazioni.

Di che prodotto si tratta?

CPI (Credit Protection Insurance) Mutui Privati è una copertura assicurativa per la **protezione di un Mutuo** stipulato da un Lavoratore Dipendente Pubblico, un non Lavoratore o un Lavoratore Autonomo.

Significa che, per la durata del Mutuo (e comunque non oltre 40 anni) e in cambio del pagamento di una somma ("Premio"), le Compagnie Vita e Danni assicurano la persona che stipula il Mutuo, **tutelando sé stesso e i suoi cari dalle conseguenze economiche** che alcuni eventi legati alla vita potrebbero avere, considerando il debito contratto con la Banca.

Cosa garantisce?

In caso di Decesso e di Invalidità Totale Permanente (ITP): il pagamento ai Beneficiari dell'importo pari al restante debito ("Debito Residuo").

In caso di Malattia Grave: il pagamento di un importo pari alle rate non pagate del Mutuo (con un massimale di 10 rate mensili).

In caso di Ricovero Ospedaliero: il pagamento di un importo pari alle rate non pagate del Mutuo (con un massimale di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili complessive in caso di più Sinistri).

Quali documenti sanitari sono necessari?

Per la sottoscrizione del Contratto è fondamentale che il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica venga compilato correttamente e in maniera completa. In caso contrario la Compagnia può avvalersi della facoltà di non pagare le somme assicurate in caso di Sinistro.

Ti anticipiamo che sono inoltre previste delle esclusioni, cioè quelle situazioni che se dovessero generare il Sinistro non comporterebbero la liquidazione del Capitale.

La Grafica

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione troverai evidenziati alcuni contenuti che necessitano di particolare attenzione, mentre quelli più complessi sono accompagnati da esempi e box esplicativi.

A tal proposito è bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale e pertanto è bene porre sempre la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

Comprendiamo infatti che non sempre la precisione normativa coincide con la facilità di lettura: noi desideriamo darti entrambe le chiavi di lettura.

Condividiamo Nuovi Progetti, siamo qui per Proteggerti.

CNP UniCredit Vita S.p.A.

Incontra Assicurazioni S.p.A.

CONTATTI UTILI



Partner di  UniCredit

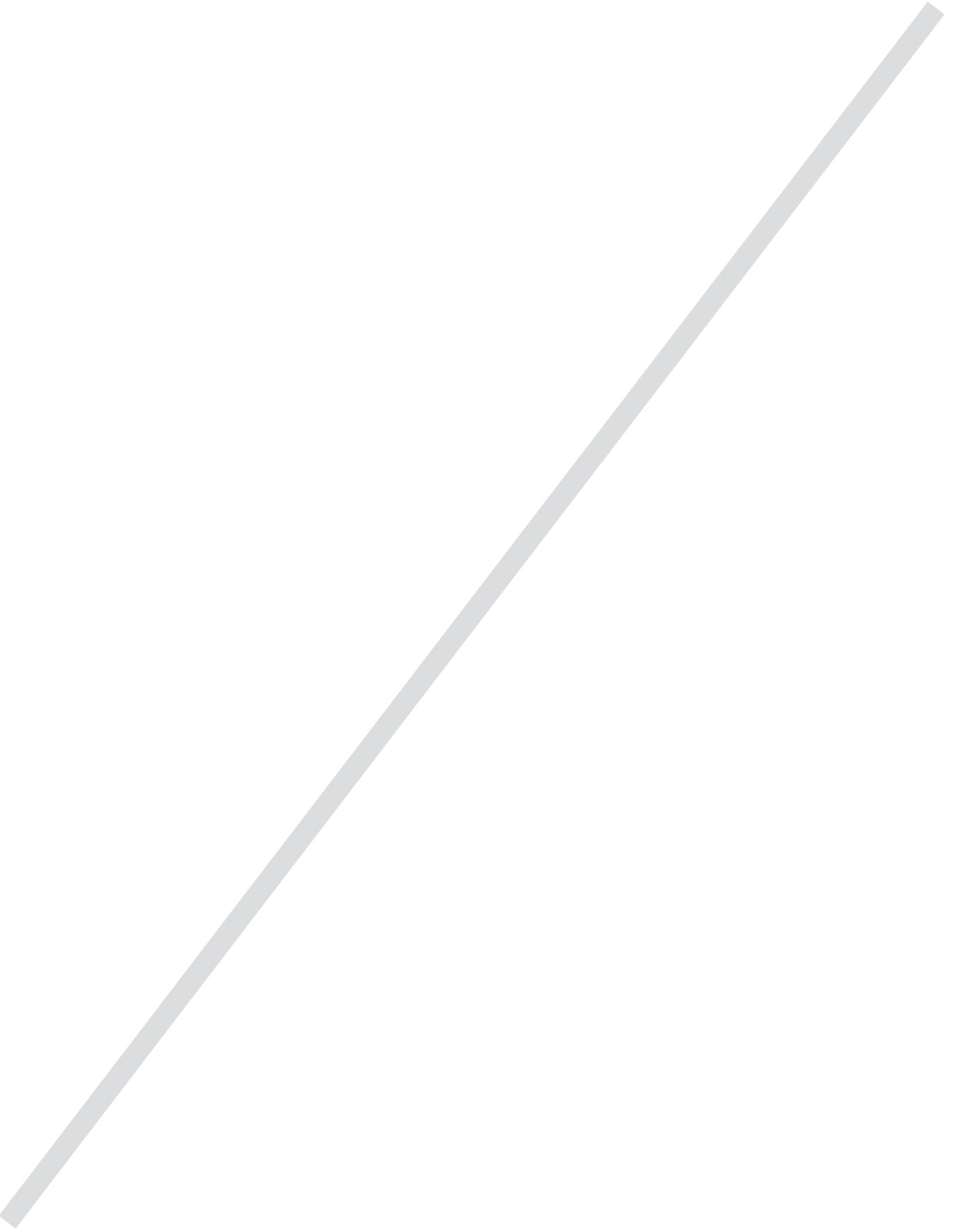
CNP UniCredit Vita S.p.A.
Via E. Cornalia, 30 - Milano, 20124

Servizio Clienti
info@cnpvita.it
800.129.027

Incontra
Assicurazioni

Incontra Assicurazioni S.p.A.
Piazza Tre Torri, 3 - Milano, 20145

Servizio Clienti
info.incontra.assicurazioni@allianz.it



ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)



Compagnia Vita: CNP UniCredit Vita S.p.A.

Prodotto: CPI Mutui Privati a Premio Unico anticipato per Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori

Data di realizzazione del DIP Vita: 06 ottobre 2023

Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione Collettiva di puro rischio dedicata alle persone fisiche, titolari di un Mutuo in fase di erogazione da parte di UniCredit S.p.A., che assicura dai rischi derivanti dall'eventuale suo Decesso. L'adesione a questa Assicurazione è subordinata all'adesione alla collegata Polizza Collettiva Ramo Danni commercializzata da Incontra Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto una copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave. L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria, in quanto non incide sulla concedibilità del mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del mutuo stesso.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Il Contratto fornisce una copertura assicurativa in caso di Decesso dell'Assicurato.

A seguito del Decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità del Contratto, coincidente con la durata del Mutuo erogato da UniCredit, ai Beneficiari indicati in polizza è prevista la liquidazione della seguente prestazione:

✓ **prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato pari all'intero ammontare del Debito Residuo del Mutuo in essere alla data del sinistro.**

Il capitale assicurato non può essere superiore a 520.000,00 euro.



Che cosa NON è assicurato?

Il presente Contratto, essendo relativo alla sola componente Vita, non offre coperture in caso di:

- × invalidità
- × malattia grave
- × perdita di autosufficienza
- × inabilità di lunga durata

a meno che le stesse non causino il Decesso dell'Assicurato. Non è prevista dunque alcuna prestazione se l'Assicurato è in vita alla scadenza del Contratto e in questo caso il versamento effettuato (detto *Premio*) resta acquisito dalla Compagnia.



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti esclusioni e la garanzia è prestata nei limiti del capitale per il cui dettaglio si rimanda al DIP aggiuntivo Multirischi.



Dove vale la copertura?

Il Contratto è operante senza alcun limite territoriale.



Che obblighi ho?

L'Assicurato deve tempestivamente comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei propri indirizzi di riferimento. Qualora nel corso della durata contrattuale si trasferisca in modo definitivo in uno Stato diverso dall'Italia, il Contratto si risolve e la Compagnia rimborsa il rateo di premio non goduto.

In caso di Decesso dell'Assicurato, i Beneficiari designati dovranno presentare la seguente documentazione per

richiedere il pagamento della prestazione:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato medico attestante la causa del Decesso;
- copia della Cartella Clinica (in caso di Decesso ospedaliero);
- certificazione del Debito Residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dall'Autorità Giudiziaria intervenuta a seguito dell'incidente (in caso di morte violenta o accidentale);
- Scheda di Adeguata Verifica (SAV) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto notorio (autenticata e rilasciata dal Beneficiario nominato o erede Beneficiario);
- verbale di pubblicazione del testamento olografo o Verbale di registrazione del testamento pubblico (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

La Compagnia esegue i pagamenti della Prestazione in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa comprovante il Decesso.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è corrisposto in forma unica e anticipata ed è finanziato; su autorizzazione dell'Assicurato il Premio viene trattenuto da UniCredit S.p.A. direttamente dall'importo del Mutuo erogato, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata, e versato alla Compagnia.

Il Premio, comprensivo dell'importo che verrà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta, è determinato in base al Tasso di premio, alla durata e all'ammontare del Mutuo richiesto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La Copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che l'Assicurato:

- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e versato il relativo premio unico;
- abbia compilato il Questionario Medico o, per importo richiesto maggiore a 300.000,00 € o età superiore a 65 anni, abbia fornito il Rapporto Visita Medica e gli eventuali esami medici richiesti, finalizzati ad accertare le sue condizioni di salute per la conseguente valutazione del rischio da parte della Compagnia.

La durata della copertura assicurativa, fermo restando un limite massimo di 40 anni, coincide con la durata originaria del Mutuo.

La copertura assicurativa termina prima della scadenza in caso di liquidazione del capitale assicurato a seguito di Decesso o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato (quest'ultima corrisposta da Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni), estinzione totale anticipata o surroga del Mutuo, accollo del Mutuo da parte di terzi o esercizio del diritto di recesso.



Posso revocare la proposta, recedere dal Contratto o risolvere il Contratto?

Dopo la conclusione del Contratto, in caso di ripensamento, l'Assicurato può esercitare il diritto di Recesso dal Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto né di riduzione.

Assicurazione Creditor Protection

Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo danni - DIP Danni

Compagnia: Incontra Assicurazioni S.p.A. Prodotto: Creditor Protection abbinabile ai mutui erogati da UniCredit S.p.A. (per Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori)

Incontra Assicurazioni S.p.A. - C.F. 02381450101 - P.IVA 05667761000 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00059 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 22/03/1984 pubblicato sulla G.U. n.105 del 14/04/1984, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.018.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una Polizza Collettiva di ramo danni dedicata alle persone fisiche che hanno sottoscritto con UniCredit S.p.A. un Mutuo ipotecario come intestatari o co-intestatari e che sono Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori. L'Assicurazione copre il rischio di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, di Malattia Grave e di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia. L'adesione alla polizza non è obbligatoria per la concessione del Mutuo.

L'adesione alla polizza è subordinata all'adesione congiunta alla collegata Polizza Collettiva di ramo vita commercializzata da CNP UniCredit Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia Decesso. L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria, in quanto non incide sulla cedibilità del mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del mutuo stesso.



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, di grado pari o superiore al 60%

In caso di Sinistro, la Compagnia riconosce un Indennizzo pari al Capitale Residuo del Mutuo (con un massimale di € 520.000).

✓ Malattia Grave (Tumore maligno; Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare; Infarto Miocardico; Ictus cerebrale; Insufficienza renale; Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; qualsiasi altra Malattia che causi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%)

In caso di Sinistro, la Compagnia riconosce un importo pari a 10 rate mensili del Mutuo (o al numero di rate mensili residue del Mutuo se inferiori a 10 rate). È indennizzabile un solo caso di Malattia Grave nel corso della durata del contratto.

✓ Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

In caso di Sinistro, la Compagnia riconosce un importo pari alla rata mensile del Mutuo (con un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili complessive in caso di più Sinistri). La prima rata mensile sarà indennizzata trascorsi 7 giorni di ricovero; successivamente sarà indennizzata una rata mensile per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di ricovero. Al Ricovero Ospedaliero è equiparato il regime di isolamento obbligatorio presso il proprio domicilio al quale sia costretto l'Assicurato a seguito di positività al tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARS-CoV-2 (Covid-19) così come disposto dalle Autorità e/o Enti Competenti.

In caso di Mutuo cointestato, è possibile assicurare tutti i co-intestatari in base a una delle seguenti opzioni:

- **Opzione intera:** Per ciascun Assicurato, Premio ed eventuale Indennizzo in caso di Sinistro vengono calcolati sull'intero valore del Mutuo;
- **Opzione pro-quota:** Per ciascun Assicurato, Premio ed eventuale Indennizzo in caso di Sinistro vengono calcolati pro-quota sul numero complessivo di Assicurati;
- **Opzione parziale:** Per ciascun Assicurato, ove l'Importo Richiesto del Mutuo sia > € 200.000, in alternativa alle precedenti opzioni, Premio ed eventuale Indennizzo in caso di Sinistro vengono calcolati in base alla percentuale di copertura assicurativa prescelta da ciascun Assicurato, compresa tra 50% e 100%.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ alla data di adesione alla Polizza Collettiva non siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori e non siano residenti in Italia;
- ✗ alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non abbiano compiuto 18 anni di età o abbiano un'età pari o superiore a 70 anni e risultino di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla Data di Scadenza del Mutuo;
- ✗ abbiano stipulato un Mutuo di durata superiore a 40 anni.



Ci sono limiti di copertura?

! Principali esclusioni garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

- pratica di alcuni sport estremi;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni.

! Principali esclusioni garanzia Malattia Grave

i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi.

! Principali esclusioni garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

- se il Ricovero è causato da Malattia Grave precedentemente indennizzata;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- parto, gravidanza, aborto

! Altre limitazioni garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

per essere indennizzabile, l'invalidità deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 24 mesi dalla data in cui si è verificato l'Infortunio che l'ha provocata o entro 12 mesi dalla data di diagnosi della Malattia che l'ha provocata.

! Altre limitazioni garanzia Ricovero Ospedaliero o da Infortunio o Malattia

In caso di Sinistro, il primo Indennizzo è corrisposto decorsi 7 giorni consecutivi di Ricovero (Periodo di Franchigia).



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'Assicurato mantenga la residenza in Italia.



Che obblighi ho?

- **All'inizio dell'Assicurazione:** l'Assicurato ha l'obbligo di rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione dell'Assicurazione.
- **Nel corso della durata dell'Assicurazione:** se l'Assicurato cambia attività lavorativa, perdendo lo status di Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore, dovrà comunicare alla Compagnia, per il tramite del Contraente, tale circostanza, chiedendo la cessazione dell'Assicurazione con conseguente rimborso del Premio pagato e non goduto. Nel caso l'Assicurato non comunichi il cambiamento di status lavorativo, tutte le garanzie rimarranno comunque operanti per tutta la durata dell'Assicurazione.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** l'Assicurato è tenuto a denunciare eventuali Sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

L'Assicurato è tenuto a versare alla Società, per il tramite del Contraente, il Premio unico comprensivo di imposte, indicato nel Modulo di Adesione, in via anticipata e in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.

L'ammontare del Premio verrà trattenuto direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo e termina alle ore 24:00 della stessa data in cui termina il Mutuo.
- La copertura per tutte le garanzie cessa prima della sua naturale scadenza in caso di anticipata estinzione totale, surroga o accollo del Mutuo (salvo che l'Assicurato decida di mantenere in vigore la copertura), decesso dell'Assicurato, pagamento dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente Totale.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può:

- a) recedere entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b) recedere annualmente, a partire dalla prima ricorrenza annua dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità;
- c) scegliere di cessare la copertura, in caso di anticipata estinzione totale del Mutuo, di surroga o accollo del Mutuo.

L'Assicurato può disdire il contratto utilizzando un apposito modulo reperibile presso la sua filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, o inviando una raccomandata A.R. alla filiale medesima ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente.



ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

Compagnie: CNP UniCredit Vita S.p.A. - Incontra Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: CPI Mutui Privati a Premio Unico anticipato per Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori

data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Multirischi: 01 dicembre 2023

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Assicurato a capire nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale delle Compagnie.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le garanzie assicurative sono sottoscritte e prestate dalle Compagnie di Assicurazione:

Ramo Vita

CNP UniCredit Vita S.p.A., Impresa di Assicurazione di diritto italiano, è una società di capitali soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A. e **presta la Copertura Assicurativa VITA prevista dalla presente Polizza Collettiva relativamente al Decesso dell'Assicurato.**

CNP UniCredit Vita S.p.A., ha Sede Legale e Direzione Generale in Via Cornalia n. 30, 20124, Milano (Italia) ed è iscritta al Reg. Imprese della Camera di Commercio di Milano al n. MI-1610852, Codice Fiscale n. 07084500011
Recapito telefonico: 800.335.335

Sito internet: www.cnpvita.it - Indirizzo di posta elettronica: info@cnpvita.it e indirizzo PEC info_cnpvita@pec.it

CNP UniCredit Vita S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nei Rami Vita e nei Rami Danni Infortuni e Malattia con provvedimento ISVAP n. 580 del 26/5/97, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 126 del 02/06/1997 e con successivo provvedimento ISVAP n. 2004 del 27/12/2001, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 2 del 03/01/2002 ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n.1.00129.

Si riporta di seguito il patrimonio netto di **CNP UniCredit Vita S.p.A.** al **31/12/2022** e la relativa suddivisione tra capitale sociale e totale delle riserve patrimoniali. In base all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di CNP UniCredit Vita è pari a 803,49 milioni di euro; il capitale sociale ammonta a 381,70 milioni di euro e le riserve patrimoniali a 130,82 milioni di euro. A fine 2022 il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari a 305,58 milioni di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) a 137,51 milioni di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri a copertura è pari a 913,01 milioni di euro, totalmente classificabili in Tier I. Questi dati determinano un Solvency Ratio (SR) del 298,78%. La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (c.d. SFCR) è reperibile sul sito della Compagnia al link <https://www.cnpvita.it/chiamo/solvency>.

Ramo Danni

Incontra Assicurazioni S.p.A., avente sede legale in Italia in Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano, Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale 02381450101 - Partita I.V.A.05667761000.

Recapiti: e-mail info.incontra.assicurazioni@allianz.it, PEC incontra.assicurazioni@pec.allianz.it; telefono +39027216.1, sito internet www.incontraassicurazioni.it.

Incontra Assicurazioni è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 22/03/1984 pubblicato sulla G.U. n. 105 del 14/04/1984. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00059 e facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 018.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto della Compagnia è pari ad € 60,29 milioni con capitale sociale pari ad € 5,20 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 26,78 milioni.

Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Compagnia (SFCR), disponibile sul sito www.incontraassicurazioni.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle

Imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022 è pari ad € 35,20 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 15,84 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 103,80 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022 pari a 2,95 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato Quali sono le prestazioni?

Ramo Vita (COPERTURA FORNITA DA CNP UNICREDIT VITA S.P.A.):
non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ramo Danni (COPERTURA FORNITA DA INCONTRA ASSICURAZIONI S.P.A.):
non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ramo Vita (COPERTURA FORNITA DA CNP UNICREDIT VITA S.P.A.):
non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ramo Danni: (COPERTURA FORNITA DA INCONTRA ASSICURAZIONI S.P.A.):
non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita (copertura assicurativa fornita da CNP UNICREDIT VITA S.P.A.)

! Il Capitale assicurato non viene liquidato ai beneficiari designati qualora il Decesso dell'Assicurato sia causato da:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazione biologica e/o chimica;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, tranne per il caso di legittima difesa;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico, già verificatisi prima della data di adesione alla Polizza collettiva; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla Polizza collettiva; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi due anni cure farmacologiche, per oltre 30 giorni;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto Visita Medica, già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto Visita Medica;
- suicidio, se avviene nei primi 24 mesi dalla decorrenza della garanzia.

Ramo Danni (coperture assicurative fornite da INCONTRA ASSICURAZIONI S.P.A.)

! Esclusioni Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (in aggiunta a quelle già elencate nel DIP Danni):

- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- Malattie tropicali;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere.

! Esclusioni garanzia Malattia Grave (in aggiunta a quelle già elencate nel DIP Danni)

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causata da:

- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere;
- etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e semprechè detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- Malattie tropicali ed epidemiche;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

! Esclusioni Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: (in aggiunta a quelle già elencate nel DIP Danni)

- Infortuni verificatisi prima della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- Malattie tropicali ed epidemiche.

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia sarà corrisposto soltanto nel caso in cui il ricovero ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia pari a 7 giorni dopo la Data del Sinistro. Per il ricovero ospedaliero a seguito di positività dell'Assicurato al tampone naso faringeo per la ricerca RNA virale da SARSCoV-2 (Covid19) e per l'isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19 il suddetto Periodo di Franchigia non sarà operante. Per "Data del Sinistro" si intende la data di inizio del Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia o dell'isolamento domiciliare obbligatorio da Covid.

Periodo di Riqualificazione garanzia Ricovero ospedaliero:

È possibile denunciare più Sinistri per Ricovero Ospedaliero e/o isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19 nel corso della durata dell'Assicurazione.

I Sinistri successivi sono però indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni consecutivi.

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse decedere successivamente all'avvenuta liquidazione dell'Indennizzo riconosciuto da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A. con riguardo alla copertura INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, NULLA SARÀ DOVUTO DA CNP UniCredit Vita S.P.A. ai Beneficiari, in quanto il contratto s'intende risolto nel momento in cui è avvenuta l'erogazione della prestazione prevista dalla Polizza Danni. Qualora l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla richiesta di apertura del Sinistro per INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, Incontra Assicurazioni proseguirà con la valutazione del Sinistro aperto e, qualora liquidabile, sarà riconosciuta ai Beneficiari l'indennità. Resta inteso che in caso di pagamento della prestazione da parte Incontra Assicurazioni il contratto relativo alla copertura assicurativa DECESSO s'intende risolto e NULLA sarà dovuto a fronte dell'evento morte da CNP UniCredit Vita ai Beneficiari.

In caso di mancato Indennizzo dell'INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE, CNP UniCredit Vita provvederà a valutare e, se indennizzabile, liquidare il Sinistro solo a titolo di copertura per la garanzia legata al DECESSO.

Si precisa infine che le garanzie DECESSO e INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE non sono cumulabili tra loro.



Che obblighi ho? Quali obblighi hanno le Imprese?

Cosa fare in caso di Sinistro?

Denuncia di Sinistro:

Ramo Vita (Copertura fornita da CNP UniCredit Vita S.p.A.): in caso di **Decesso dell'Assicurato** gli aventi causa possono rivolgersi al Contraente (la Banca) o inviare la richiesta direttamente a CNP UniCredit Vita S.p.A. mediante raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo, via Cornalia n. 30, 20124 Milano, ovvero a mezzo PEC all'indirizzo info_cnpvita@pec.it o contattare il servizio clienti al numero verde 800.129.027 attivo da lunedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00.

Ai fini della corretta valutazione del Sinistro, la Compagnia CNP UniCredit Vita S.p.A. richiede ai beneficiari designati la consegna di tutti i documenti di seguito elencati:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato medico attestante la causa del Decesso;
- copia della Cartella Clinica (in caso di Decesso ospedaliero);
- certificazione del debito residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del Sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dall'Autorità Giudiziaria intervenuta a seguito dell'incidente (in caso di morte violenta o accidentale);
- Scheda di Adeguata Verifica (SAV) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- copia della Visura camerale aggiornata con le modifiche derivanti dall'evento denunciato (se Beneficiario persona giuridica);
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante (se Beneficiario persona giuridica);
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto notorio (autenticata e rilasciata dal Beneficiario nominato o erede Beneficiario);
- verbale di pubblicazione del testamento olografo o Verbale di registrazione del testamento pubblico (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

Il modulo di liquidazione che CNP UniCredit Vita mette a disposizione sul sito www.cnpvita.it, cliccando su "Sei Beneficiario di una Polizza?" non è vincolante (la richiesta, infatti, può essere effettuata anche in carta libera): tuttavia si consiglia di utilizzarlo per agevolare e velocizzare le operazioni di liquidazione.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della stessa; di conseguenza eventuali richieste incomplete possono comportare un allungamento nei tempi complessivi di liquidazione.

Ramo Danni (Coperture fornite da Incontra Assicurazioni S.p.A.): in caso di Sinistro gli aventi causa possono rivolgersi al Contraente (la Banca) oppure darne comunicazione scritta alla Società nel più breve tempo possibile. La Società ha incaricato la società **AXA France IARD** della ricezione e gestione Sinistri. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità: via posta a Incontra Assicurazioni S.P.A. presso AXA France IARD - ufficio Sinistri - C.so Como, 17 - 20154 Milano; via fax. 02-23331247; via e mail clp.it.sinistri@partners.axa

Alla denuncia di sinistro va allegata la seguente documentazione:

	<p>- Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;</p> <p>- Malattia Grave: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione di un medico attestante la diagnosi di Malattia Grave: Nel caso di malattia che provochi un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, dovrà essere prodotta altresì la certificazione dell'invalidità permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti.</p> <p>- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; attestazione esito tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARSCoV-2 (Covid-19) e disposizione da parte delle Autorità e/o Enti Competenti dell'isolamento obbligatorio presso il proprio domicilio; i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.</p> <p>Prescrizione: Ramo Vita: secondo la normativa vigente si possono richiedere le prestazioni assicurative entro 10 anni dal giorno in cui si è verificato l'Evento che dà diritto all'erogazione della somma dovuta ai Beneficiari designati (Decesso dell'Assicurato), fatte salve specifiche disposizioni di legge. Una volta decorso tale termine, la Compagnia ha l'obbligo di legge di devolvere tale somma al Fondo per l'Indennizzo dei risparmiatori di vittime di frodi finanziarie per cui non si potranno più ottenere le prestazioni.</p> <p>Ramo Danni: i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Liquidazione della prestazione: Ramo Vita: CNP UniCredit Vita S.p.A., qualora il Sinistro denunciato risulti indennizzabile, provvederà a corrispondere al Beneficiario le somme dovute entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, qualora il Sinistro denunciato risulti indennizzabile.</p> <p>Ramo Danni: Incontra Assicurazioni S.p.A., qualora il Sinistro denunciato risulti indennizzabile, provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese Ramo Vita: Non è prevista la gestione dei Sinistri da parte di altre Compagnie diverse da CNP UniCredit Vita S.p.A.</p> <p>Ramo Danni: La Società ha incaricato la società AXA France IARD delle ricezione e gestione Sinistri.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con le Compagnie.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Per esercitare correttamente l'attività assicurativa, CNP UniCredit Vita S.p.A. e Incontra Assicurazioni S.p.A., devono essere in possesso di tutte le informazioni necessarie per poter conoscere e valutare i rischi assicurati.</p> <p>Conseguentemente in fase di sottoscrizione dell'Assicurazione l'Assicurato deve rendere dichiarazioni esatte, complete e veritiere in riscontro a quanto richiesto nel contratto assicurativo. Diversamente, dichiarazioni inesatte o reticenti (ovverosia anche solo parzialmente omissive) rese dall'Assicurato possono comportare la perdita totale o parziale del diritto ad ottenere la prestazione prevista nelle Condizioni di Assicurazione (ai sensi di quanto previsto dal Codice Civile agli artt. 1892, 1893).</p> <p>Nello specifico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti con dolo (ovverosia essendo consapevole della falsità/incompletezza di quanto dichiarato) o colpa grave (ovvero omettendo la benché minima attenzione nella descrizione del proprio stato di salute) e il Sinistro (vale a dire il Decesso dell'Assicurato o un altro Evento idoneo a generare la liquidazione della Polizza, ad es. invalidità) si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Società, quest'ultima avrà diritto a trattenere i premi versati e non sarà tenuta a pagare alcuna prestazione assicurativa; 2. nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti senza dolo o colpa

	grave e il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Società interessata (Incontra Assicurazioni S.p.A. per eventi legati al Ramo Danni più sopra elencati, CNP UniCredit Vita S.p.A. a fronte del Decesso), quest'ultima avrà diritto a trattenere i Premi versati e la prestazione assicurata sarà ridotta proporzionalmente al diverso livello di rischio accertato. Le Società, in relazione alle coperture che rispettivamente forniscono, si riservano comunque la possibilità di non pagare alcuna prestazione assicurativa (trattenendo i premi versati) nei casi in cui l'effettiva condizione di salute dell'Assicurato, se conosciuta, non avrebbe consentito l'assicurabilità dello stesso.
--	--

Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Ramo Vita: il Premio relativo alla copertura Decesso non prevede imposte. Non è prevista la possibilità di frazionamento del Premio.</p> <p>Ramo Danni: i Premi relativi alle coperture Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia sono comprensivi di imposte. Non è prevista la possibilità di frazionamento del premio.</p>
Rimborso	<p>Ramo Vita: L'Assicurato ha diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recesso • Estinzione totale o parziale/Accollo/Surroga del Mutuo <p>Ramo Danni: L'Assicurato ha diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recesso • Estinzione totale o parziale/Accollo/Surroga del Mutuo • Cambio attività lavorativa con perdita di Status di lavoratore Dipendente Pubblico, Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore • Decesso Assicurato
Sconti	Non sono previsti sconti nè da parte di CNP UniCredit Vita S.p.A. nè da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Ramo Vita: Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p>Ramo Danni: Durante l'eventuale Periodo di Preammortamento sarà operante soltanto la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%. Le garanzie Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero non saranno operanti ma per tali garanzie decorreranno comunque i relativi Periodi di Carenza.</p>
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Non è prevista revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva.
Recesso	<p>Ramo Vita: L'Assicurato, può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, recandosi presso la filiale della Banca ove è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione della Polizza Vita e della Polizza Danni.</p> <p>Qualora fosse già stato pagato il Premio assicurativo, CNP UniCredit Vita S.p.A. provvederà al suo rimborso a favore dell'Assicurato per il tramite della Banca nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Il Premio rimborsato andrà a ridurre di pari importo il debito residuo dell'Assicurato in relazione al Mutuo.</p> <p>Ramo Danni: Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Risoluzione	Non è prevista la facoltà dell'Aderente di risolvere l'Assicurazione sospendendo il pagamento dei Premi.



A chi è rivolto questo prodotto?

Si tratta di Polizza Collettiva stipulata da UniCredit S.p.A., in qualità di Contraente, in nome e per conto dei propri clienti, e dedicata a persone fisiche, appartenenti alle categorie professionali "Lavoratori Autonomi", "Lavoratori Dipendenti Pubblici" e "Non Lavoratori".

È rivolta a tutti coloro che intendono assicurare a sé stessi e ai propri cari un sostegno economico per far fronte agli impegni finanziari legati al Mutuo in caso di eventi impreveduti quali l'eventuale Decesso, la sopraggiunta Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, la Malattia Grave e il Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia.

Il soggetto Assicurato, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, deve avere un'età pari o superiore a 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti, e alla Data di Scadenza del Mutuo avere un'età inferiore al giorno di compimento del 75° anno. L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria, in quanto non incide sulla concedibilità del mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del mutuo stesso.



Quali costi devo sostenere?

- L'Assicurazione non è soggetta ad alcuna spesa di emissione.

I costi complessivi trattenuti dalle rispettive Compagnie, a titolo di spesa di acquisizione, costi amministrativi e di gestione dell'Assicurazione, già inclusi nei tassi di Premio e comprensivi della quota retrocessa all'Intermediario:

- per la **Polizza Ramo Vita** sono pari al 29,70% del Premio (su tale Premio non sono previste imposte);
- per la **Polizza Ramo Danni** sono pari al 36,90% del Premio imponibile (al netto delle imposte di legge).

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi a visita medica, fornendo alle Compagnie il Rapporto Visita Medica richiesto, per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tali accertamenti sanitari potrà variare in considerazione della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a carico dell'Assicurato che sottoscrive il Modulo di Adesione. In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

- Costi di Intermediazione

L'importo percepito dall'Intermediario a titolo di provvigione relativamente:

- alla **Polizza Ramo Vita** è pari al 28,00% del Premio;
- alla **Polizza Ramo Danni** è pari al 34,00% del Premio imponibile.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	-
Richiesta di informazioni	-

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Ramo Vita: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei processi liquidativi, relativi alla sola Copertura per Decesso, devono essere inoltrati per iscritto esclusivamente a CNP UniCredit Vita S.p.A., Funzione Reclami, Via Cornalia, 30, 20124 - Milano, fax 02 91184065, e-mail info_reclami@cnpvita.it</p> <p>Ramo Danni: eventuali reclami, relativamente alla componente Danni del prodotto, la gestione del rapporto contrattuale o il comportamento della Società, devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>Incontra Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, e-mail reclami.incontra.assicurazioni@allianz.it.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e codice fiscale (o partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</p> <p>I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata A.R. oppure in via telematica all'indirizzo riportato sul suo sito internet. Ove tali reclami dovessero pervenire alle Società, le stesse lo trasmetteranno tempestivamente all'Intermediario affinché provveda a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente</p>
----------------------------------	--

	<p>normativa regolamentare.</p> <p>Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della o delle Società in relazione al contratto o ai servizi assicurativi verranno trattati dalle Società e dall'Intermediario per la parte di rispettiva competenza e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.</p> <p>Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet delle Società, www.cnpvita.it e www.incontraassicurazioni.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, l'Unità Gestione Richieste e Reclami di CNP UniCredit Vita e/o il Servizio Clienti di Incontra Assicurazioni, in base a chi è stato indirizzato il reclamo, devono fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, l'esponente potrà rivolgersi a:</p> <p>IVASS Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale 21, 00187 Roma Fax: 06.42.133.206 Posta elettronica certificata: ivass@pec.ivass.it Info su ivass.it</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla rispettiva Società interessata e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE, QUALI:	
Mediazione	<p>Interpellando, con l'assistenza di un avvocato di fiducia, un Organismo di mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabili sul sito www.giustizia.it (legge 9/8/2013 n. 98). Il Procedimento di Mediazione deve essere avviato nei confronti di Incontra Assicurazioni S.p.A. (nel caso di richieste/domande inerenti le Garanzie Danni prestate dalla stessa) o di CNP UniCredit Vita (nel caso di richieste/domande inerenti la Garanzia Vita prestata dalla stessa). Il preventivo ricorso alla mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato di fiducia a Incontra Assicurazioni S.p.A. (nel caso di richieste/domande inerenti le Garanzie Danni prestate dalla stessa) o a CNP UniCredit Vita S.p.A. (nel caso di richieste/domande inerenti la Garanzia Vita prestata dalla stessa) con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 Settembre 2014 n.132 (convertito in legge 10 novembre 2014 n. 162).</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato</p> <p>In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, mentre le spese relative ai terzi arbitri designati sono a carico della parte soccombente. La città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.</p> <p>Liti Transfrontaliere</p> <p>Ramo Vita: per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN- NET:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: https://www.ec.europa.eu/fin-net/) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET; - all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

	<p>Ramo Danni: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-disputeresolution-network-finnet_it e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p>
--	--

REGIME FISCALE	
<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>REGIME FISCALE DEI PREMI - Ramo Vita</p> <p>I Premi versati relativi alla sola componente vita non sono soggetti ad alcuna imposta. I Premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di Decesso danno diritto annualmente a una detrazione dall'Imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'Assicurato nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa vigente.</p> <p>Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta. Per i percettori di redditi da lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei Premi di Assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta. Si specifica che, prevedendo il pagamento di un Premio unico anticipato, la presente Assicurazione consente la detrazione fiscale del Premio solo per l'anno in cui è stato effettuato il pagamento.</p> <p>REGIME FISCALE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE</p> <p>Le somme corrisposte relativamente alle prestazioni assicurate dalla presente Assicurazione sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.</p> <p>TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE</p> <p>Come da disposizioni vigenti alla data di redazione del presente DIP aggiuntivo Multirischi, le somme liquidate dalla Compagnia in dipendenza dell'Assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.</p> <p>DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO</p> <p>Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e non sono soggette all'Imposta sulle Successioni.</p> <p>Per una corretta e univoca designazione del Beneficiario, si consiglia all'Assicurato di indicare - nel Modulo di Adesione oppure nel momento in cui decidesse di modificare la designazione - il codice fiscale, il nome e il cognome, anche al fine di velocizzare l'eventuale iter liquidativo di Sinistro.</p> <p>liquidate dalla Compagnia in dipendenza dell'Assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.</p> <p>REGIME FISCALE DEI PREMI - Ramo danni</p> <p>Imposta sul Premio: 2,5% su tutte le garanzie</p> <p>Detrazione fiscale del Premio a fini Irpef: Se l'Assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di IP non inferiore al 5% o di non autosufficienza, l'Assicurato ha diritto a una detrazione dell'imposta sul reddito dichiarato a fini Irpef.</p>

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, LE COMPAGNIE HANNO L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALLE COMPAGNIE LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA.

LA COMPAGNIA VITA CNP UNICREDIT VITA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO LE IMPRESE DISPONGONO DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO ANTICIPATO
PER LAVORATORI AUTONOMI, LAVORATORI
DIPENDENTI PUBBLICI E NON LAVORATORI
- COMPONENTE VITA**

Ed. 12/2023

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte sulla base delle Linee Guida "Contratti Semplici e Chiari"

INDICE

GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA 1

Art. 2 - PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA 2

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 2

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 - DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 4

Art. 5 - DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO 5

Art. 6 - RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI 6

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 7 - ESCLUSIONI 7

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 8 - PREMIO 7

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 9 - COSTI GRAVANTI SUL PREMIO 8

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 10 - LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO 8

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 - BENEFICIARIO 8

Art. 12 - DENUNCIA DI SINISTRO 9

Art. 13 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 10

ALTRE NORME

Art. 14 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 10

Art. 15 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DI CONTRATTO 11

Art. 16 - COMUNICAZIONI 11

Art. 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE 11

Art. 18 - CESSAZIONE DEI DIRITTI 11

Art. 19 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ 11

Art. 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE 11

ALLEGATO 1 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata parziale del Mutuo

ALLEGATO 2 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata totale del Mutuo

GLOSSARIO

- **Assicurato:** Il soggetto sulla cui vita è stipulato il Contratto di assicurazione con la Compagnia e cioè la persona fisica intestataria o cointestataria di un Finanziamento erogato dal Contraente che ha aderito alla Copertura Assicurativa sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione, e per la quale sia stato corrisposto il relativo Premio.
- **Assicurazione:** Il Contratto attraverso il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a riconoscere al Beneficiario designato un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
- **Banca:** UniCredit S.p.A., che nel presente Contratto coincide con il Contraente.
- **Beneficiario:** Persona Fisica o Giuridica designata a ricevere la prestazione al verificarsi dell'evento assicurato, ossia l'avente diritto.
- **Capitale assicurato:** Corrisponde inizialmente all'importo del Finanziamento erogato dal Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Debito Residuo del Finanziamento stesso.
- **Compagnia Vita:** CNP UniCredit Vita S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 580 del 26/5/97 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 2/6/97, con sede in Via E. Cornalia, 30 - 20124 Milano (Italia).
- **Contraente:** UniCredit S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti 3 - Tower A - 20154 Milano, che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia per conto degli Assicurati, quali clienti delle filiali di UniCredit S.p.A. con esclusione delle filiali contraddistinte UniCredit Private Banking.
- **Contratto:** Accordo con il quale l'Assicurato, a fronte del pagamento del Premio, e la Compagnia stabiliscono obblighi e impegni al verificarsi dell'evento assicurato.
- **Copertura Assicurativa:** Garanzia assicurativa generata dal versamento del Premi.
- **Debito residuo:** La quota capitale di un finanziamento che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca che lo ha concesso. Il debito residuo non include la quota degli interessi, ma fa riferimento al solo capitale prestato.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** Documento informativo precontrattuale aggiuntivo redatto nel caso di Contratti in cui a prodotti assicurativi Vita sono abbinate garanzie relative ai rami Danni.
- **DIP Vita:** Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi che contiene le principali informazioni per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **Firma autografa:** Sottoscrizione che un soggetto appone di suo pugno su un documento.
- **Firma digitale:** Sottoscrizione in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite l'Intermediario dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dall'Intermediario stesso.
- **Importo erogato:** Ammontare del Finanziamento riconosciuto dal Contraente. Se previsto, è pari all'importo richiesto più i premi relativi alle polizze Vita e Danni collegate. Coincide con il Capitale assicurato.
- **Importo richiesto:** Ammontare del Finanziamento richiesto al Contraente.
- **Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intermediario:** Il soggetto che colloca il presente Contratto cioè UniCredit S.p.A. e che coincide con la figura del Contraente.
- **Invalidità Totale Permanente:** La perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.
- **IVASS:** 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:** L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Modulo di Adesione:** Il documento, sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione e indica i Beneficiari.
- **Multiramo:** Sono prodotti vita che combinano una copertura assicurativa di ramo I, legata quindi alla Gestione Separata, ad un prodotto finanziario di tipo unit linked di ramo III, in cui il rischio di investimento resta a carico dell'assicurato.

- **Mutuo:** Il Contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Creditore secondo un piano di ammortamento predeterminato.
- **Polizza:** Documento comprovante l'esistenza di un Contratto di assicurazione. Nello specifico la presente si configura in forma Collettiva, in quanto un singolo Contraente (UniCredit S.p.A.) stipula nell'interesse di più Assicurati (i propri clienti).
- **Polizza Collettiva:** Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati.
- **Premio:** Il corrispettivo dovuto alla Compagnia dall'Aderente all'Assicurazione, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione assicurativa.
- **Questionario Medico:** Il modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato.
- **Rapporto di Visita Medica:** Il modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato che deve essere compilato da un medico iscritto all'Albo dei Medici in Italia.
- **Recesso:** Il diritto dell'Assicurato di sciogliersi dal Contratto entro il termine di sessanta giorni dal momento in cui è informato della conclusione del Contratto stesso, ai sensi dell'Art. 177 del D. Lgs. n. 209/05.
- **Referente Terzo:** Persona fisica o giuridica, diversa dal Beneficiario caso morte, che l'Assicurato ha la facoltà di indicare, per personali esigenze di riservatezza, nel Modulo di Adesione e alla quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il Sinistro.
- **Set Informativo:** Insieme dei documenti predisposti, consegnati all'Assicurato, prima della sottoscrizione del Contratto, e pubblicati nel sito della Compagnia. Il Set Informativo è costituito dai seguenti documenti: DIP Vita, DIP aggiuntivo Multirischi, Condizioni di Assicurazione e Glossario Polizza Vita, Condizioni di Assicurazione e Glossario Polizza Danni, Informativa sulla Privacy Polizza Vita, Informativa sulla Privacy Polizza Danni, Facsimile Modulo di Adesione Polizza Vita e Fac-simile Modulo di Adesione Polizza Danni.
- **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
- **Soggetto distributore o intermediario:** Sportello bancario di UniCredit S.p.A. presso cui è stato stipulato il Contratto.
- **Valuta di denominazione:** Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro.

Data di aggiornamento: Ottobre 2023

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I RIQUADRI ESPLICATIVI O ESEMPLIFICATIVI A FIANCO AGLI ARTICOLI HANNO LA FUNZIONE DI AGEVOLARE LA COMPrensIONE DELLE CONDIZIONI.

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il Contratto di adesione alla **Polizza Collettiva** (nel seguito per semplicità la "Polizza") accessoria al mutuo (nel seguito per semplicità il "Mutuo") che l'Assicurato ha stipulato con il **Contraente**, UniCredit S.p.A. (nel seguito per semplicità la "Banca"). Tale Contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente (di seguito la "Banca"), la Compagnia e l'**Assicurato**.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO



CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA

CNP UniCredit Vita S.p.A. si impegna a garantire ai **Beneficiari** designati un capitale in caso di:

- **Decesso**, altresì chiamato sinistro, dell'Assicurato avvenuto per qualsiasi motivo durante il periodo di vigore della Copertura assicurativa, senza limiti territoriali.

Il pagamento della prestazione, pari al **Debito Residuo** del Mutuo in essere alla data del sinistro, avviene in unica soluzione da parte della Compagnia, salve le limitazioni previste al successivo Art. 7 "ESCLUSIONI" e i limiti di indennizzo previsti all'Art. 10 "LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO".

Si precisa che, unitamente alla copertura "Decesso", il pacchetto assicurativo completo, offerto all'Assicurato, prevede ulteriori prestazioni, garantite invece da Incontra Assicurazioni S.p.A., in caso di:

- **Invalidità Totale Permanente (ITP)** da Malattia o Infortunio dell'Assicurato;
- **Malattia Grave** dell'Assicurato;
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** dell'Assicurato

La Prestazione assicurata relativa al Decesso non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia corrisposti all'Assicurato in virtù della Polizza Danni stipulata dalla Banca con Incontra Assicurazioni S.p.A.

Esempio

La Compagnia Danni liquidava all'Assicurato il Debito Residuo del Mutuo, a seguito di una condizione di Invalidità Totale Permanente (ITP) dell'Assicurato accertata al 60%.

Se l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla liquidazione dell'ITP, CNP UniCredit Vita NON riconoscerà alcuna prestazione ai Beneficiari designati, in quanto la liquidazione a seguito di ITP comporta anche la cessazione del Contratto Vita.

La Prestazione assicurata per successivo decesso dell'Assicurato verrebbe invece liquidata da CNP UniCredit Vita ai Beneficiari designati qualora la precedente richiesta di liquidazione per Invalidità Totale Permanente fosse stata rifiutata dalla Compagnia Danni.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto non è prevista alcuna prestazione e il premio versato resterà acquisito dalla Compagnia. La Prestazione assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'intero Importo del Mutuo erogato all'Assicurato (Capitale Assicurato iniziale) e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Debito Residuo del Mutuo.

Polizza Collettiva: il documento che comprova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati.

Contraente: UniCredit S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti 3 - Tower A - 20154 Milano, che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia per conto degli Assicurati, quali clienti delle filiali di UniCredit S.p.A. con esclusione delle filiali contraddistinte UniCredit Private Banking.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario: Persona Fisica o Giuridica designata a ricevere il Capitale assicurato al verificarsi del sinistro.

Debito residuo: la quota capitale di un finanziamento che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca che lo ha concesso. Il Debito Residuo non include la quota degli interessi.

Premio: il corrispettivo che il Contraente deve pagare alla Compagnia per ottenere la copertura assicurativa.

Capitale assicurato: corrisponde inizialmente all'Importo del Finanziamento erogato dal Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Debito Residuo del Finanziamento stesso.

Ai fini della determinazione del Debito Residuo del Mutuo si assume che tutte le rate previste nel piano di ammortamento, già scadute alla data del sinistro, siano state regolarmente corrisposte. Si precisa che, nel caso in cui l'Importo del Mutuo erogato all'Assicurato fosse superiore alla somma di Euro 520.000,00 prevista come limite massimo per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al Debito Residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'Importo erogato, comprensivo dei premi relativi alle coperture assicurative vita e danni collegate allo stesso.

Il Capitale assicurato iniziale di riferimento per la determinazione del limite massimo assicurabile è da considerarsi quello cumulato in essere alla data di adesione al Contratto, derivante da tutte le eventuali ulteriori coperture in essere del singolo soggetto Assicurato con la Compagnia, sommato all'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato per la presente Polizza.

Art. 2 PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona **fisica** che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- a. abbia stipulato un Mutuo con il Contraente di durata originaria non superiore a 40 anni (480 mesi), la cui scadenza sia prevista entro il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- b. abbia un'età pari o superiore a 18 anni compiuti e 70 non compiuti;
- c. abbia la residenza in Italia. Qualora l'indirizzo di residenza dell'Assicurato differisca da quello di domicilio abituale quest'ultimo dovrà comunque essere in Italia. Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato si trasferisca in modo definitivo in uno Stato diverso dall'Italia, il Contratto si risolve a seguito della ricezione della segnalazione di trasferimento. **L'Assicurato deve comunicare direttamente alla Compagnia eventuali variazioni dei propri indirizzi di riferimento;**
- d. abbia sottoscritto il **Modulo di Adesione** alla Copertura Assicurativa;
- e. abbia adempiuto alle Formalità di Ammissione previste nell'Art. 3.

In caso di più cointestatari Assicurati, per ciascun Assicurato la Copertura assicurativa sarà operante in base a una delle seguenti opzioni:

- Opzione A) - assicurazione intera: per ciascun Assicurato il premio e l'eventuale prestazione assicurata in caso di sinistro vengono calcolati per intero.
- Opzione B) - assicurazione pro quota: per ciascun Assicurato il premio e l'eventuale Prestazione assicurata in caso di sinistro vengono calcolati in pro quota dividendo i rispettivi importi interi per il numero complessivo di cointestatari Assicurati. Si precisa che l'adesione a tale opzione vincola tutti i cointestatari del Mutuo a effettuare la medesima scelta.
- Opzione C) - assicurazione parziale: per ciascun Assicurato, qualora l'importo richiesto del Mutuo sia maggiore di € 200.000,00, in alternativa alle opzioni di cui ai punti precedenti, il premio e la Prestazione assicurata in caso di sinistro vengono calcolati in base a una percentuale, a scelta dell'Assicurato, compresa tra il 50% e il 100%.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

• Formalità di Ammissione alla Copertura assicurativa

1. Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative e Modulo di Adesione

Valutata preventivamente la coerenza della Polizza proposta rispetto alle richieste ed esigenze dell'Assicurato, è ammesso alla Copertura assicurativa la persona fisica che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per la Banca).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte

Modulo di Adesione: il documento, sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale aderisce all'Assicurazione e indica i Beneficiari.

Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative : questionario obbligatorio per legge che indaga le esigenze e la propensione al rischio dell'aderente. Viene acquisito in fase precontrattuale per valutare la coerenza al profilo del Contratto offerto.

dell'Assicurato della contestuale adesione alla Polizza Danni stipulata dalla Banca con Incontra Assicurazioni S.p.A. avente per oggetto le garanzie di Invalidità Totale Permanente da Infortunio/Malattia dell'Assicurato, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio/Malattia dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire i dati necessari per l'adeguata verifica **antiriciclaggio**.

2. Dichiarazioni sanitarie

Una volta valutata la coerenza della Polizza proposta rispetto alle richieste ed esigenze assicurative, l'Assicurato dovrà, in funzione dell'importo richiesto e dell'età alla data di decorrenza della Copertura assicurativa, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA di seguito riportata, procedere a:

- compilare il Questionario Medico (A);
- fornire eventuale Rapporto Visita Medica (B) ed eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti, l'importo richiesto da considerare ai fini della Tabella Assuntiva sarà pari alla somma di tutti i singoli importi relativi all'Assicurato stesso.

Importo richiesto	Età compresa tra 18 e 65 anni compiuti	Età compresa tra 66 anni compiuti e 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Modalità (A) Questionario Medico	Modalità (B) Rapporto Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 520.000,00	Modalità (B) Rapporto Visita Medica	Modalità (B) Rapporto Visita Medica

Antiriciclaggio: normativa che prevede che le Compagnie di assicurazione debbano effettuare l'attività di "adeguata verifica" dei propri Clienti, che consiste in:

- identificare il Cliente e verificarne l'identità sulla base di documenti;
- identificare l'eventuale titolare effettivo e verificarne l'identità;
- ottenere informazioni sullo scopo e sulla natura prevista del rapporto continuativo;
- svolgere un controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Le spese relative derivanti dal Rapporto di Visita Medica, dagli esami obbligatori a esso collegati e da eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita medica sono a totale carico dell'Assicurato.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico. L'eventuale documentazione aggiuntiva al Questionario Medico (nel caso le dichiarazioni nello stesso rilasciate da parte dell'Assicurato comportassero la necessità di ulteriori valutazioni da parte della Compagnia), il Rapporto Visita Medica e la relativa documentazione a supporto comprensiva degli eventuali esami medici, vengono inviati in busta chiusa a:

CNP UniCredit Vita - Ufficio Assunzioni
Via E. Cornalia n. 30, 20124 Milano (per il tramite della Banca).

La Compagnia si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla Copertura assicurativa.

Il rifiuto o la conferma di accettazione del Rischio verranno comunicati dalla Compagnia all'Assicurato, e alla Banca per conoscenza.

Nel caso di più Assicurati relativi allo stesso Mutuo, la mancata accettazione da parte della Compagnia dell'ammissione alla Copertura assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti altri Assicurati.

Le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità, esattezza e completezza.

Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia prima della stipula, per il tramite della Banca, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.

Per ciascun Assicurato, e sempre che la Compagnia abbia dato accettazione

all'ammissione in copertura, la garanzia è da ritenersi operante nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della presentazione della documentazione sanitaria richiesta. Nel caso la stipula del Mutuo avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato 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.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del Rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione assicurata, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

• Decorrenza della Copertura assicurativa

L'adesione al Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo - presso i locali di UniCredit S.p.A. - la documentazione afferente alla polizza, UniCredit S.p.A. offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale, nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono, nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet, la sottoscrizione di atti e documenti anche in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa.

CNP UniCredit Vita S.p.A. riconosce che la documentazione relativa alla polizza di cui è emittente - ove tale documentazione sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione - possa essere sottoscritta nei citati ambienti protetti con Firma Elettronica Qualificata, riconoscendo piena efficacia alla stessa.

Per ciascun Assicurato la Copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, fermo restando che:

- sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione;
- sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia;

ovvero

- l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica il cui esito (Rapporto Visita Medica) sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia;

e sempreché

- sia stato pagato il relativo Premio.

Successivamente alla decorrenza della Copertura assicurativa, la Banca invierà all'Assicurato specifica comunicazione nella quale vengono indicate le coperture assicurative sottoscritte e la facoltà, in capo allo stesso Assicurato, di recedere dalla Polizza ed ottenere il rimborso del Premio versato ovvero la corrispondente riduzione della rata del finanziamento, indicando i relativi importi.

• Durata della Copertura assicurativa

Per ciascun Assicurato la durata della Copertura assicurativa, espressa in mesi interi, nel **limite massimo di 40 anni (480 mesi)**, coincide con la durata originaria del Mutuo, comprensiva di un eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi.

La durata del Mutuo è comunicata alla Compagnia dalla Banca.

• **Cessazione della Copertura assicurativa**

Fermo restando quanto stabilito al punto precedente, la Copertura assicurativa cessa alla scadenza del Contratto di Mutuo secondo i termini originariamente convenuti.

La Copertura Assicurativa cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica anche uno dei seguenti eventi:

- a. **estinzione totale anticipata** o **surroga** del Mutuo;
- b. liquidazione del Capitale assicurato da parte della Compagnia a seguito di Decesso dell'Assicurato;
- c. liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia corrisposto da Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni, collegata al medesimo Mutuo di cui al presente Contratto, stipulata dalla Banca con Incontra Assicurazioni S.p.A.;
- d. **accollo** del Mutuo da parte di terzi, come previsto dall'Art. 1273 del Codice Civile;
- e. esercizio del diritto di Recesso, come disciplinato al successivo Art. 5 "DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO";
- f. trasferimento definitivo dell'Assicurato in uno stato presso il quale la Compagnia non è autorizzata a prestare la propria attività (ovvero in uno stato diverso dall'Italia);
- g. ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del Contratto.

Relativamente agli eventi a. e d. sopra indicati, la Copertura assicurativa non cessa, continuando a produrre i propri effetti, qualora, come previsto e indicato nel successivo Art. 6 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI", l'Assicurato, in alternativa al rimborso dei ratei di Premio pagati e non goduti, decida di chiedere alla Compagnia di mantenere la Copertura Assicurativa fino alla scadenza contrattuale, a favore degli eventuali nuovi Beneficiario designati dall'Assicurato.

In nessun caso la Compagnia sarà obbligata a corrispondere alcuna Prestazione assicurata - come definita all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA" - per Sinistri che si verifichino oltre il termine di durata della Copertura assicurativa.

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dal presente Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, recandosi presso la filiale della Banca dove è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa, ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione. La Banca darà quindi informazione del Recesso alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.

Qualora fosse già stato pagato il Premio assicurativo, la Compagnia provvederà al suo rimborso a favore dell'Assicurato per il tramite della Banca **nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di Recesso**. Il Premio rimborsato andrà a ridurre di pari importo il Debito Residuo dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

In caso di più Assicurati cointestatori del medesimo Mutuo, il Recesso dal Contratto di Assicurazione da parte di uno degli stessi non pregiudicherà la prosecuzione del Contratto di Assicurazione a favore degli altri Assicurati.

Il diritto di Recesso esercitato da parte dell'Assicurato:

- in relazione alle coperture assicurative DANNI, collegate al medesimo Mutuo, effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza delle coperture assicurative, determina la cessazione della presente copertura assicurativa ed il rimborso del Premio pagato da parte della Compagnia all'Assicurato secondo le modalità indicate nel presente articolo.
- in relazione alla presente copertura assicurativa, fa cessare anche le coperture

Surroga: è una procedura semplificata per **trasferire il proprio mutuo da una Banca a un'altra** e usufruire agevolmente delle migliori condizioni disponibili, se offerte in quel momento dal mercato.

Accollo: il **subentrare ad un altro mutuatario** nel rimborso del finanziamento per l'acquisto di un bene, nel momento in cui il passaggio di proprietà avvenga prima che il debito con la Banca sia stato estinto.

Estinzione anticipata: azione che permette di rimborsare alla Banca la totalità o parte dell'importo finanziato prima della naturale scadenza contrattuale.

assicurative DANNI collegate al medesimo Mutuo, al quale segue il rimborso all'Assicurato del competente Premio pagato.

Art. 6 RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI

• Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata parziale del Mutuo

In caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo la Compagnia:

- provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio anticipato, in virtù della riduzione del Capitale assicurato per effetto dell'estinzione parziale;
- riduce proporzionalmente le prestazioni assicurative della misura corrispondente alla quota estinta di Debito Residuo.

L'importo del rimborso si determina applicando la formulazione riportata nell'allegato 1.

L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Assicurato.

• Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata totale del Mutuo

In caso di surroga, accollo o estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto ai termini originariamente convenuti, che non sia dovuta a liquidazione del sinistro per Decesso dell'Assicurato, da parte di CNP UniCredit Vita S.p.A., o per Invalidità Totale Permanente da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni sottoscritta dall'Assicurato contestualmente alla presente, la Compagnia provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio, corrispondente al periodo di Assicurazione che non verrà goduto.

L'importo del rimborso si determina applicando la formulazione riportata nell'allegato 2.

L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Assicurato.

• Mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata parziale o totale del Mutuo

In alternativa alla cessazione della Copertura assicurativa o alla riduzione proporzionale delle prestazioni assicurate con relativa restituzione della quota di premio pagato e non goduto corrispondente, l'Assicurato può richiedere - senza restituzione di alcuna quota di premio - il mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata, parziale o totale, del Mutuo, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio. L'Assicurato potrà formalizzare la richiesta di mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata recandosi presso la filiale della Banca dove è stato sottoscritto il Modulo di Adesione e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa, ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle condizioni di assicurazione.

La Banca trasferirà l'informazione alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.

L'eventuale scelta dell'Aderente di rinuncia alla restituzione del rateo di premio non goduto e di mantenimento della copertura iniziale deve considerarsi irreversibile.

Si desidera precisare che in assenza di differente formale disposizione da parte dell'Assicurato, la Compagnia procede automaticamente al rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto e conseguentemente con la cessazione della Copertura assicurativa come previsto all'Art. 4 al punto "Cessazione della Copertura assicurativa" o, in presenza di estinzione parziale, alla riduzione proporzionale delle prestazioni assicurate.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 7 ESCLUSIONI

La prestazione assicurata in caso di Decesso dell'Assicurato di cui all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA" è garantita qualunque possa essere la causa del Decesso, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso intervenuti successivamente alla stipulazione del Contratto, salvo nei casi in cui il Decesso sia causato da:

- Dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- Contaminazione biologica e/o chimica;
- Partecipazione attiva a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- Partecipazione attiva a risse, tranne per il caso di legittima difesa;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Atti volontari di autolesionismo o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- Seguiti e conseguenze di Infortuni, limitatamente alle coperture assicurative assunte con Questionario Medico già verificatisi prima della data di adesione alla Polizza; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla Polizza; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi cinque anni cure farmacologiche, approfondimenti diagnostici, ricoveri, interventi chirurgici;
- Seguiti e conseguenze di Infortuni, limitatamente alle coperture assicurative assunte con Rapporto di Visita Medica già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla data di sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica;
- Suicidio, se avviene nei primi ventiquattro mesi dalla decorrenza della Copertura assicurativa.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 8 PREMIO

Il Premio, corrisposto in forma unica e anticipata dall'Assicurato, è finanziato e viene trattenuto direttamente dall'importo del Mutuo erogato, con conseguente incremento del predetto importo e della corrispondente rata e versato tramite UniCredit S.p.A. alla Compagnia.

La determinazione del Premio dipende dal Tasso di premio, dalla durata della Copertura assicurativa espressa in mesi e dall'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato, come da formula a seguito indicata:

$$P = T \times IR \times N$$

Dove:

T = tasso mensile finito pari a 0,02018%

IR = Importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato

N = numero di mesi interi di durata contrattuale.

Esempio

Relativamente alle Coperture assicurative Vita, se stipuliamo una Polizza che assicura un Mutuo di Euro 100.000,00 (IR) per 10 anni, ovvero 120 mesi (N), in base al tasso mensile (T), il Premio da corrispondere sarà di Euro 2.421,60.

Nel caso in cui l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato fosse superiore al limite di

Euro 520.000,00, l'Importo da considerare per il calcolo del Premio per ciascun Assicurato sarà pari a tale limite.

In caso di surroga, accollo o anticipata estinzione totale o parziale del Mutuo rispetto ai termini originariamente convenuti, la Compagnia restituisce all'Assicurato, che decida di non mantenere la Copertura assicurativa invariata rispetto all'evento stesso, la parte del Premio pagato e non goduto:

- relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (in caso di anticipata estinzione totale del Mutuo)

oppure

- in virtù della riduzione del Capitale assicurato (in caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo) come previsto al precedente Art. 6 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI".



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 9 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio Unico gravano costi di acquisizione e costi di gestione; si precisa che tali costi costituiscono parte del Premio Unico corrisposto dall'Assicurato.

I costi complessivi (acquisizione e gestione) sono pari al prodotto tra il Premio unico, corrisposto dall'Assicurato, e la percentuale indicata nella tabella sottostante:

% COSTI COMPLESSIVI	29,70%
---------------------	--------

Esempio

Relativamente alle Coperture assicurative Vita, pagando un Premio unico di Euro 2.421,60 per una Polizza che assicura per 10 anni un Mutuo di Euro 100.000, dobbiamo tener conto dei costi complessivi che ammontano a Euro 719,22.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 10 LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO

Il Capitale Assicurato massimo iniziale, per ciascun Assicurato, non potrà mai eccedere la somma di 520.000,00 Euro, importo massimo del Mutuo richiesto dall'Assicurato considerato ai fini della determinazione della copertura assicurativa e i premi delle Coperture Assicurative Vita e Danni collegate allo stesso.

Per ciascun sinistro la prestazione assicurata, per ogni singolo Assicurato, non potrà superare l'importo del Capitale Assicurato massimo iniziale come sopra definito. Si ricorda che il Capitale Assicurato di riferimento per la determinazione del limite massimo assicurabile è da considerarsi quello cumulato in essere alla data di adesione al Contratto, derivante da tutte le eventuali ulteriori coperture in essere del singolo soggetto Assicurato con la Compagnia, sommato all'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato per la presente Polizza. In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di 520.000,00 Euro anche considerando il pagamento di ulteriori indennizzi legati ad altre coperture assicurative in essere con la Compagnia in capo all'Assicurato. In ogni caso la prestazione assicurata non potrà cumularsi con l'eventuale indennizzo corrisposto da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A., in virtù della Polizza Danni avente per oggetto le coperture assicurative in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 BENEFICIARIO

L'Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione, fatti salvi i limiti previsti dalla vigente normativa (non è possibile

ATTENZIONE: Indica con esattezza i dati dei Beneficiari, fornendoci nome, cognome/ Ragione sociale, Codice Fiscale/Partita IVA, residenza, indirizzo mail e numero di telefono, così da consentirci di contattarli nel caso di decesso dell'Assicurato.

indicare l'Intermediario quale Beneficiario).

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che l'Assicurato e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b. dopo che, verificatosi l'evento che fa sorgere l'obbligo della Compagnia di eseguire la prestazione assicurata, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione del Beneficiario e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia.

Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento dell'Assicurato, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita di cui viene così designato il Beneficiario (es. citazione numero polizza, nome prodotto, nome Compagnia di Assicurazione, etc).

La ripartizione della somma assicurata spettante ai Beneficiari avverrà in parti uguali, salvo diversa volontà espressa per iscritto dall'Assicurato, tra i soggetti rientranti, al momento del verificarsi dell'evento assicurato, nella categoria prescelta dall'Aderente/Assicurato stesso (es. eredi legittimi), indipendentemente dunque dai meccanismi di ripartizione di natura successoria o da altri diritti che ai medesimi Beneficiari dovessero spettare in forza delle disposizioni testamentarie o, in assenza di testamento, che fossero ad essi applicabili per disposizione di legge.

L'Assicurato ha la facoltà di indicare nel Modulo di Adesione un soggetto (**referente terzo**), diverso dal Beneficiario caso morte, al quale la Compagnia potrà fare riferimento per rintracciare il Beneficiario in caso di Decesso dell'Assicurato. Il Beneficiario non potrà peraltro configurarsi, nè in fase di sottoscrizione, nè quale conseguenza di successiva modifica, nell'Intermediario del presente Contratto.

Art. 12 DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di sinistro gli aventi causa possono rivolgersi alla Banca o inviare la richiesta direttamente alla Compagnia:

- mediante **raccomandata** con avviso di ricevimento indirizzata a:
CNP UniCredit Vita S.p.A. Via E. Cornalia n. 30, 20124 - Milano
- oppure
- contattare il **servizio clienti** al numero verde 800.129.027, attivo da lunedì a giovedì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00.

Alla denuncia di Decesso devono essere allegati i seguenti documenti:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato del medico che ha constatato il Decesso e ne ha indicato le cause;
- copia della cartella clinica se il Decesso è avvenuto in ospedale;
- certificazione del Debito Residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e copia del piano di ammortamento stesso;
- copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute a seguito dell'incidente, in caso di morte violenta o accidentale;
- **S.A.V. (Scheda di Adeguata Verifica)** compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario (come da modelli allegati al modulo di liquidazione fornito dalla Filiale UniCredit S.p.A. o scaricabile dal sito internet della Compagnia www.cnpvita.it);
- copia della Visura camerale aggiornata con le modifiche derivanti dall'evento denunciato;

Referente Terzo: persona fisica o giuridica, diversa dal Beneficiario caso morte, che l'Assicurato ha la facoltà di indicare, per personali esigenze di riservatezza, nel Modulo di Adesione e alla quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

S.A.V. (Scheda di Adeguata Verifica): modulo che la Compagnia sottopone al Contraente per raccogliere le informazioni necessarie al fine di assolvere gli obblighi di adeguata verifica della clientela, ai sensi della normativa antiriciclaggio.

Dove si trova:
Dove trovare la Scheda di Adeguata Verifica? Te lo spieghiamo noi.

Accedi al sito www.cnpvita.it; Clicca sulla sezione "Vuoi sapere se sei Beneficiario per sinistro o per scadenza?"; Seleziona "Richiedi la liquidazione della polizza per sinistro o per scadenza"; Al punto 4 "Richiesta di liquidazione", seleziona il modulo adeguato al tuo prodotto e al suo interno troverai la Scheda di Adeguata Verifica.

- copia del Documento d'Identità in corso di validità e del Codice Fiscale del legale rappresentante;
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AUTENTICATA E RILASCIATA DAL BENEFICIARIO NOMINATO O EREDE BENEFICIARIO con l'elenco degli eredi, la loro età, capacità giuridica, e la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati, e se l'Assicurato è deceduto lasciando testamento (se Beneficiario persona fisica (nominato o eredi));
- VERBALE DI PUBBLICAZIONE DEL TESTAMENTO OLOGRAFO o VERBALE DI REGISTRAZIONE DEL TESTAMENTO PUBBLICO (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ che dovrà indicarne gli estremi identificativi e che il TESTAMENTO L'ULTIMO, VALIDO E MAI IMPUGNATO (se Beneficiario persona fisica (nominato o eredi));
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

A seguito della verifica della documentazione sopra indicata, la Compagnia si riserva di richiedere eventuale integrazione di documenti, specificandone la motivazione, in presenza di situazioni particolari, per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie ovvero al fine di dare adempimento a specifiche disposizioni normative.

In caso di particolari difficoltà nel reperire la documentazione sanitaria necessaria per la richiesta di liquidazione, l'avente diritto può conferire mandato alla Compagnia stessa affinché, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si attivi per il suo recupero.

Per ricevere informazioni al riguardo l'avente diritto può contattare la Compagnia tramite la sezione Contatti sulla Home page del sito della Compagnia www.cnpvita.it

In ogni caso Compagnia e Beneficiario collaborano in buona fede e nel rispetto del principio di vicinanza della prova per il buon fine del processo liquidativo.

Il modulo di liquidazione che la Compagnia mette a disposizione sul sito www.cnpvita.it, cliccando su "Sei Beneficiario di una Polizza?" non è vincolante (la richiesta, infatti, può essere effettuata anche in carta libera), benché si consigli di utilizzarlo per agevolare e velocizzare le operazioni di liquidazione.

Art. 13 LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La Compagnia esegue i pagamenti delle Prestazioni assicurate in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta comprovante il Decesso.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento. In ogni caso la Compagnia richiederà al Beneficiario del Contratto la produzione della sola documentazione strettamente necessaria ai fini dell'istruttoria propedeutica alla liquidazione della prestazione. Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore degli aventi causa.

ALTRE NORME

Art. 14 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Banca, in quanto distributore della Polizza, è tenuta a consegnare all'Assicurato, per conto della Compagnia e prima della sottoscrizione, copia del Modulo di Adesione, il **Set Informativo**, contenente **Dip Vita**, Dip Danni, Dip aggiuntivo Multirischio, Condizioni di Assicurazione Vita e Danni, comprensive dei rispettivi Glossari e Informativa Privacy.

Una copia del Modulo di Adesione e del Consenso al trattamento dei dati personali, entrambe sottoscritte dall'Assicurato, dovranno rimanere in possesso della Banca

che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Compagnia qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulle e quindi inoperanti le garanzie di cui al Modulo di Adesione.

Art. 15 LEGGE APPLICABILE E LINGUA DI CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

Quella italiana è la lingua che dovrà essere impiegata per ogni atto, documento o comunicazione relativa a, o connessa con, la conclusione o l'esecuzione del Contratto.

Art. 16 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia con riferimento al presente Contratto dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 17 ESTENSIONE TERRITORIALE

La Copertura assicurativa ha validità in tutti i Paesi del Mondo.

Art. 18 CESSAZIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

Art. 19 NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'Art. 1923 del Codice Civile le somme in dipendenza di Contratti di Assicurazione sulla Vita non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

Art. 20 GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

Per le controversie inerenti il presente Contratto la competenza territoriale è esclusivamente quella del Foro del luogo di residenza o di domicilio o della sede dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

Set Informativo: insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati al Contraente, prima della sottoscrizione del Contratto, e pubblicati nel sito della Compagnia.

Dip Vita: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi fornisce le informazioni, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire una conoscenza base del Contratto assicurativo.

Data di aggiornamento: dicembre 2023

ALLEGATO 1

Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata parziale del Mutuo

In caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo la Compagnia:

- provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio anticipato, in virtù della riduzione del Capitale assicurato per effetto dell'estinzione parziale;
- riduce proporzionalmente le prestazioni assicurative della misura corrispondente alla quota estinta di Debito Residuo.

L'importo del rimborso si determina applicando la seguente formulazione:

$$R = \left[PPU \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{DR(k)}{CE} + H \times \frac{(N - K)}{N} \right] \times \frac{Cest}{DR(k)}$$

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il Capitale erogato (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

- PPU (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $PPU^1 \times (1 - Cest/DR)$
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $CE^1 \times (P1/P0)$
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $H^1 \times (1 - Cest/DR)$

¹ I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita

Dove:

- R = importo da rimborsare
- P = premio unico anticipato
- H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) eventualmente riproporzionati per effetto di precedenti estinzioni parziali per i quali si è proceduto ad un rimborso della quota parte di premio non goduto.
- PPU = Premio unico anticipato puro (P (al netto delle imposte) - H) eventualmente riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali.
- DRk = Debito Residuo Assicurato al momento dell'estinzione anticipata (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- Cest = Importo dell'estinzione parziale versato dall'Assicurato
- CE = Capitale erogato, riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato (0)
- P1 = $P \times (1 - Cest/DR)$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta
- P0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempio - Estinzione anticipata parziale senza estinzione parziale precedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	2.421,60 euro	2.421,60 euro
Premio puro anticipato	1.702,38 euro	1.702,38 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	719,22 euro	719,22 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito Residuo	81.552,04 euro	21.614,72 euro
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 euro	10.000,00 euro
Importo da rimborsare	413,49 euro	100,60 euro

Esempio - Estinzione anticipata parziale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	2.421,60 euro	2.421,60 euro
Premio puro anticipato	1.702,38 euro	1.702,38 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	719,22 euro	719,22 euro
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 euro	10.000,00 euro
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 euro	90.867,35 euro
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 euro	80.867,35 euro
Premio puro anticipato riproporzionato	1.515,03 euro	1.515,03 euro
Costi complessivi riproporzionati	640,07 euro	640,07 euro
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 euro	88.994,95 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 euro	46.698,59 euro
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 euro	10.000,00 euro
Importo da rimborsare	378,08 euro	153,65 euro

Tale importo verrà corrisposto dalla Compagnia all'Assicurato, entro 30 giorni, per il tramite della Banca.

ALLEGATO 2

Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di estinzione anticipata totale del Mutuo

In caso di surroga, accollo o estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto ai termini originariamente convenuti, che non sia dovuta a liquidazione del sinistro per Decesso dell'Assicurato, da parte di CNP UniCredit Vita S.p.A., o per Invalidità Totale Permanente da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni sottoscritta dall'Assicurato contestualmente alla presente, la Compagnia:

- provvede alla quantificazione e al rimborso della quota parte di Premio, corrispondente al periodo di Assicurazione che non verrà goduto.

L'importo del rimborso si determina applicando la seguente formulazione:

$$R = \left[\text{PPU} \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{\text{DR}(k)}{\text{CE}} + H \times \frac{(N - K)}{N} \right]$$

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Mutuo, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il Capitale erogato (CE) e i costi complessivi (H) da considerare nella formula sopra riportata devono essere riproporzionati secondo la seguente formulazione:

- PPU (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $\text{PPU}^1 \times (1 - \text{Cest}/\text{DR})$
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $\text{CE} \times (\text{P1}/\text{P0})$
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = $H^1 \times (1 - \text{Cest}/\text{DR})$

¹ I valori di PPU e H da utilizzare nella formula sono sempre quelli derivanti dall'ultima riproporzione effettuata, conseguenza dell'ultima estinzione parziale gestita

Dove:

- R = importo da rimborsare
- P = premio unico anticipato
- H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) eventualmente riproporzionati per effetto di precedenti estinzioni parziali per i quali si è proceduto ad un rimborso della quota parte di premio non goduto.
- PPU = Premio unico anticipato puro (P (al netto delle imposte) - H) eventualmente riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali.
- DR_k = Debito Residuo Assicurato al momento dell'estinzione anticipata, surroga o accollo (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = Capitale erogato, riproporzionato a seguito di eventuali precedenti estinzioni anticipate parziali
- N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata. Per la determinazione di K si considereranno le seguenti variabili: il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato (0)
- P1 = $P \times (1 - \text{Cest}/\text{DR})$ = premio netto riproporzionato a seguito dell'eventuale precedente estinzione parziale per la quale è stata restituita la quota parte di premio pagata e non goduta
- P0 = Premio netto pagato al momento della sottoscrizione.

Esempio - Estinzione anticipata totale senza estinzione parziale precedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	2.421,60 euro	2.421,60 euro
Premio puro anticipato	1.702,38 euro	1.702,38 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	719,22 euro	719,22 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito Residuo	81.552,04 euro	21.614,72 euro
Importo da rimborsare	1.686,04 euro	217,44 euro

Esempio - Estinzione anticipata totale con estinzione anticipata parziale con rimborso antecedente

Durata del finanziamento	120	120
Capitale assicurato iniziale	100.000,00 euro	100.000,00 euro
Premio unico anticipato	2.421,60 euro	2.421,60 euro
Premio puro anticipato	1.702,38 euro	1.702,38 euro
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	719,22 euro	719,22 euro
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 euro	10.000,00 euro
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 euro	90.867,35 euro
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 euro	80.867,35 euro
Premio puro anticipato riproporzionato	1.515,03 euro	1.515,03 euro
Costi complessivi riproporzionati	640,07 euro	640,07 euro
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 euro	88.994,95 euro
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 euro	46.698,59 euro
Importo da rimborsare	1.212,16 euro	717,53 euro

Tale importo verrà corrisposto dalla Compagnia all'Assicurato, entro 30 giorni, per il tramite della Banca.

INFORMATIVA EX ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 (di seguito indicato come “**Regolamento**”) e CNP UNICREDIT Vita S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come “**CNP Vita**” o “**Titolare**”), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolare la comprensione:

- a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale. CNP Vita tratta i seguenti Dati Personali: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo e-mail, cellulare, codice fiscale, estremi di documenti di identificazione in corso di validità, IBAN, indirizzo, cittadinanza, residenza fiscale (FATCA e CRS), professione.
- c) **Categorie Particolari di Dati Personali:** i Dati Personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Rientrano tra queste i **Dati relativi alla Salute**, per tali intendendosi quelli attinenti alla salute fisica di una persona fisica o che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.
CNP Vita tratta la suddetta categoria di dati, unicamente nell'ambito dell'instaurazione (al momento della compilazione del questionario anamnestico o della autodichiarazione del buono stato di salute) e della gestione del rapporto contrattuale connesso alle assicurazioni temporanee caso morte e alle assicurazioni collegati a erogazioni di credito, cd. *credit protection insurance*.
- d) **Dati Giudiziari:** sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza.
CNP Vita tratta questa tipologia di dati esclusivamente in conformità alle previsioni di cui all'art. 2-*octies*, D.Lgs. 101/2018, e in relazione a sinistri o ad eventi attinenti alla vita umana nonché la prevenzione, l'accertamento e il contrasto di frodi o situazioni di concreto rischio per il corretto esercizio dell'attività assicurativa nonché per l'adempimento degli obblighi previsti dalle normative vigenti in materia di prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.
- e) **Titolare:** CNP Vita che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.
- f) **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.
- g) **Interessato:** il contraente e l'assicurato, qualora diverso dal contraente, a cui si riferiscono i Dati Personali.
- h) **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da CNP Vita per le finalità di seguito meglio dettagliate sono Dati Personali, Categorie Particolari di Dati Personali e Dati Giudiziari nei limiti di cui alle finalità sotto indicate.

Nel prosieguo della presente informativa, con il termine "Dati" si fa riferimento unitamente ai Dati Personali e alle Categorie Particolari di Dati Personali.

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato al momento della sottoscrizione del contratto ovvero presso soggetti terzi e/o presso le banche dati che il Titolare consulta per adempiere agli obblighi di legge a cui è sottoposto.

CNP Vita non tratta dati che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

Il Titolare, tratta i Dati Personali, le Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari per le seguenti finalità:

A) Trattamento dei Dati per "finalità assicurative" (c.d. "finalità assicurativa")

Ai fini dell'esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto dall'interessato con CNP Vita, quest'ultima tratta i Dati per: la predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; la raccolta dei premi; la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; la riassicurazione; la coassicurazione; l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali.

Il mancato conferimento dei Dati comporta l'impossibilità per CNP Vita di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del contratto.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è l'esecuzione del contratto assicurativo di cui l'Interessato è parte, nonché per il trattamento delle Categorie Particolari di Dati Personali il consenso dell'Interessato.

B) Trattamento dei Dati per finalità di antifrode, di controllo interno e di rilevamento della qualità del servizio

Nel contesto della finalità assicurativa, CNP Vita tratta i Dati anche per: la prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; la gestione e l'esecuzione delle attività di controllo interno; attività statistiche; rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi e sulle attività svolte da CNP Vita, eseguita direttamente oppure attraverso l'attività di società specializzate mediante interviste personali, telefoniche, questionari, ecc..

Ai sensi dell'art. 82, Regolamento Ivass 40/2018, resta in ogni caso salva la possibilità per CNP Vita di utilizzare i Dati Personali dell'interessato nella commercializzazione di un contratto di assicurazione relativo allo stesso ramo assicurativo per il quale il contraente Interessato abbia già fornito i propri recapiti.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il legittimo interesse di CNP Vita al fine di prevenire eventuali frodi; effettuare l'attività di controllo interno, nonché per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

C) Trattamento dei Dati Personali, delle Categorie Particolari di Dati Personali e dei Dati Giudiziari per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono trattati 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, per esempio, la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo.

Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il rispetto di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale, per l'esecuzione degli adempimenti allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

In particolare, i Dati sono conservati per un periodo temporale di anni 10 decorrente dall'ultima registrazione collegata al rapporto contrattuale di cui lei è parte.

CNP Vita provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

I Dati potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di CNP Vita, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di CNP Vita medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità di cui al punto 3) lett. (A), (B) e (C) anche soggetti esterni a CNP Vita– oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte del gruppo facente capo a CNP Assurances S.A. ("Gruppo CNP Assurance") o della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo CNP Assurances o al gruppo facente capo a Unicredit S.p.A., o comunque da essi controllate o agli stessi collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di CNP Vita; soggetti facenti parte del Gruppo CNP Assurances con riferimento alle attività connesse alla disciplina antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento al terrorismo (decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e successive modifiche); 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 da CNP anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altre aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali CNP Vita può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da CNP Vita quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

I nominativi dei soggetti che potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di "Responsabili del trattamento" e dei soggetti che operano in qualità di "Contitolari" a cui gli stessi potranno essere comunicati, sono riportati in un elenco aggiornato disponibile presso CNP Vita (da richiedersi al DPO, ai recapiti presenti al punto 10).

CNP Vita non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

- a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
 - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
 - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
 - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
- c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
 - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
 - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
- d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
- e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso CNP Vita S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una *e-mail* all'indirizzo PEC: privacy_cnpvita@pec.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare *e-mail* anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

INFORMATIVA EX ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 PER BENEFICIARI DELLE POLIZZE

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come "**Regolamento**" o "**GDPR**") e CNP Vita S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**CNP Vita**" o "**Titolare**"), intende informarla circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale. CNP Vita, in adempimento degli oneri previsti dall'art. 11, co. 4, Reg. IVASS 41/2018 nonché dalle ulteriori indicazioni fornite dall'Autorità di Vigilanza, tratta i seguenti Dati Personali del beneficiario: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo e-mail, recapito telefonico, codice fiscale, indirizzo, cittadinanza.
- c) **Titolare:** CNP Vita che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.
- d) **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.
- e) **Interessato:** il beneficiario della polizza a cui si riferiscono i Dati Personali.
- f) **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da CNP Vita per le finalità di seguito meglio dettagliate sono i Dati Personali forniti a CNP Vita dal contraente di una polizza vita.

CNP Vita non tratta Dati Personali che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

I Dati Personali sono trattati in adempimento alle finalità di cui all'art. 11 Reg. IVASS 41/2018 e della normativa a vario titolo applicabile al Titolare nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al contratto assicurativo sottoscritto dal contraente che ha indicato l'Interessato come beneficiario della polizza da lui sottoscritta e che sono trattati dal Titolare al fine di liquidare la polizza in caso di verificarsi dell'evento dedotto in polizza.

Base di legittimazione: esecuzione del contratto assicurativo e adempimento di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza

dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale esistente tra il Titolare e il contraente. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire l'adempimento degli obblighi contrattuali allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati Personali di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di CNP Vita, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di CNP Vita medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità, anche soggetti esterni a CNP Vita– oltre a quelle individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte del gruppo facente capo a CNP Assurances S.A. ("Gruppo CNP Assurance") o della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo CNP Assurances o al gruppo facente capo a Unicredit S.p.A., o comunque da essi controllate o agli stessi collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di CNP Vita; soggetti facenti parte del Gruppo CNP Assurances con riferimento alle attività connesse alla disciplina antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento al terrorismo (decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e successive modifiche); 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 da CNP anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali CNP Vita può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da CNP Vita quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

CNP Vita non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

- a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
 - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
 - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
 - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
- c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
 - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
 - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
- d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
- e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

Restano fermi i diritti degli interessati e le finalità del trattamento previsti dal citato Regolamento Europeo 2016/679, l'informativa completa è consultabile sul nostro sito www.cnpvita.it.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso CNP Vita S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una e-mail all'indirizzo PEC: privacy_cnpvita@pec.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare e-mail anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

INFORMATIVA EX ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

PER I REFERENTI TERZI INDICATI DAL CONTRAENTE AI SENSI DELL'ART. 11, CO. 4, LETT. D), REG. IVASS 41/2018

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come "**Regolamento**" o "**GDPR**") e CNP Vita S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**CNP Vita**" o "**Titolare**"), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale. CNP Vita, in adempimento degli oneri previsti dall'art. 11, co. 4, lett. d), Reg. IVASS 41/2018 nonché dalle ulteriori indicazioni fornite dall'Autorità di Vigilanza, tratta i seguenti Dati Personali del referente terzo: nome e cognome, luogo e data di nascita, indirizzo e-mail, recapito telefonico, codice fiscale, indirizzo, cittadinanza.
- c) **Titolare:** CNP Vita che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.
- d) **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.
- e) **Interessato:** il referente terzo indicato dal contraente della polizza e a cui si riferiscono i Dati Personali.
- f) **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da CNP Vita per le finalità di seguito meglio dettagliate sono i Dati Personali forniti a CNP Vita dal contraente di una polizza vita.

CNP Vita non tratta Dati Personali che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

I Dati Personali sono trattati in adempimento alle finalità di cui all'art. 11, co. 4, lett. d, Reg. IVASS 41/2018 nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al contratto assicurativo sottoscritto dal contraente che ha indicato l'Interessato come referente terzo della polizza da lui sottoscritta e che sono trattati dal Titolare al fine di liquidare la polizza in caso di verificarsi dell'evento dedotto in polizza.

Base di legittimazione: esecuzione del contratto assicurativo e adempimento di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale esistente tra il Titolare e il contraente. Il conferimento dei Dati Personali è obbligatorio per consentire l'esecuzione degli obblighi contrattuali allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati Personali di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di CNP Vita, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di CNP Vita medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità, anche soggetti esterni a CNP Vita– oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte del gruppo facente capo a CNP Assurances S.A. ("Gruppo CNP Assurance") o della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo CNP Assurances o al gruppo facente capo a Unicredit S.p.A., o comunque da essi controllate o agli stessi collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di CNP Vita; soggetti facenti parte del Gruppo CNP Assurances con riferimento alle attività connesse alla disciplina antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento al terrorismo (decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e successive modifiche); 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 da CNP anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali CNP Vita può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da CNP Vita quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

CNP Vita non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciuti agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

- a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
 - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
 - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
 - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
- c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
 - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
 - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
- d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
- e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

Restano fermi i diritti degli interessati e le finalità del trattamento previsti dal citato Regolamento Europeo 2016/679, l'informativa completa è consultabile sul nostro sito www.cnpvita.it.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso CNP Vita S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una e-mail all'indirizzo PEC: privacy_cnpvita@pec.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare e-mail anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

**QUESTIONARIO MEDICO PER COPERTURA ASSICURATIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA
ABBINABILE A CPI MUTUI PRIVATI**

QUESTIONARIO MEDICO	
1. L'assicurando attualmente è titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto domanda ed è in attesa di riconoscimento (presso ente preposto INPS, INAIL, ASL, INPDAI, ALTRO)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. L'Assicurando dichiara che la sua altezza in cm. è pari a _____ e il suo peso in Kg. è pari a _____	
3. Le è MAI stato diagnosticato e/o è in cura per qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. L'Assicurando ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?	
4.1. <u>MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI:</u> <ul style="list-style-type: none"> • ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.2. <u>MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:</u> <ul style="list-style-type: none"> • morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.3. <u>MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO:</u> <ul style="list-style-type: none"> • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.4. <u>MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOSCHELETRICO:</u> <ul style="list-style-type: none"> • lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.5. <u>MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.6. <u>MALATTIE DELL' APPARATO URO-GENITALE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.7. <u>MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.8. <u>MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO:</u> <ul style="list-style-type: none"> • glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

neurinoma, maculopatia degenerativa.	
<p>4.9. MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate. 	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>5. Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide)</p> <p>OPPURE</p> <p>ad oggi Le è mai stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% o ha in corso di valutazione o accertamento postumi invalidanti derivanti da infortunio?</p>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

- **Il sottoscritto dichiara che le informazioni e le risposte fornite sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari per la valutazione del rischio da parte della Società.**
- **Il sottoscritto prende atto che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**
- **Il sottoscritto è consapevole che nelle ipotesi di cui al punto precedente la polizza sottoscritta non potrà coprire eventuali sinistri:**
 - A. causati da seguiti e conseguenze di infortuni già verificatisi prima della data di adesione alla polizza collettiva;**
 - B. derivanti da malattie, malformazioni nonché stati patologici rientranti tra quelli sopra elencati già diagnosticati prima della data di adesione alle polizza collettiva, che non verranno pertanto indennizzati;**
- **Il sottoscritto è consapevole che dovrà ripetere nuovamente le formalità per l'adesione alla polizza assicurativa:**
 - A. sia qualora tra la data di sottoscrizione del modulo di adesione e la data di decorrenza della polizza intervengano variazioni inerenti il Suo stato di salute, di cui dovrà dare sollecita comunicazione alla Società;**
 - B. sia nel caso in cui la polizza decorra successivamente al termine di 180 giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al Suo stato di salute.**



MODULO DI ADESIONE COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION MUTUI PRIVATI

Dati Mutuo

Domanda di Mutuo n° _____

Dati Assicurato

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Dati Copertura Assicurativa

Durata del Mutuo in mesi _____

Importo richiesto del Mutuo: Euro _____ Percentuale Quota di Copertura Assicurativa %

Premio unico anticipato

Euro _____

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Euro _____

Provvigioni percepite dall'Intermediario

28,00% del premio pari a Euro _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

IO SOTTOSCRITTO ASSICURATO DICHIARO che, in caso di accoglimento della domanda di Mutuo N° _____ (la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), intendo aderire alla Copertura Assicurativa per morte a fronte di apposita Polizza che UniCredit S.p.A. ha stipulato con CNP UniCredit Vita S.p.A. e autorizzo il Contraente a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

PRESO ATTO CHE:

- A) UNICREDIT S.p.A.** per conto dei propri clienti ha stipulato con **CNP UniCredit Vita S.p.A.** la Polizza Collettiva Vita contraddistinta dal codice convenzione n. 910818 avente per oggetto una copertura Assicurativa temporanea per il caso morte a capitale decrescente a premio unico (di seguito la "Polizza") e con **Incontra Assicurazioni S.p.A.** due Polizze Collettive Danni (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato). Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di Mutuo con la Banca medesima. L'adesione alla Polizza non è obbligatoria per la concessione del Mutuo. L'adesione alla Polizza comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche ad una delle due Polizze Collettive Danni (sulla base della tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato) in quanto le due componenti Vita e Danni risultano inscindibili.
- B)** a condizione che:
- a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione
 - b) sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico, oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente dalla Compagnia
 - c) sia stato versato il relativo Premio
- la copertura assicurativa della Polizza Vita decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo;
- C)** il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 520.000,00 e che il relativo premio sarà pertanto calcolato sulla base di tale limite massimo. Nel caso in cui l'importo erogato fosse superiore alla somma di Euro 520.000,00 prevista come limite massimo di capitale assicurabile per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al capitale residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo erogato.
- D)** ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo - presso i locali di UniCredit S.p.A. - la documentazione afferente alla polizza, UniCredit S.p.A. offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale, nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono, nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet, la sottoscrizione di atti e documenti anche in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa.
- E)** CNP UniCredit Vita S.p.A. riconosce che la documentazione relativa alla polizza di cui è emittente - ove tale documentazione sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione - possa essere sottoscritta nei citati ambienti protetti con Firma Elettronica Qualificata, riconoscendo piena efficacia alla stessa.

MI IMPEGNO al pagamento presso UniCredit S.p.A. del premio assicurativo a favore di CNP UniCredit Vita S.p.A., calcolato in base all'importo richiesto, fermo restando i limiti di capitale massimo assicurabile di cui al precedente punto C) e alla durata del Mutuo indicati nella Domanda di Mutuo. A tal fine, AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trattenerne l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trasmettere a CNP UniCredit Vita S.p.A. le informazioni, contenute nel Contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza;

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:

- 1) di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'Art. 1919 del Codice Civile;
- 2) di essere consapevole che, per essere ammesso alla copertura assicurativa di cui alla Polizza dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni Contrattuali (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
- 3) di essere consapevole che il Contratto assicurativo prevede limitazioni, conseguenza di specifiche esclusioni della copertura assicurativa, che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo;
- 4) di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite di UniCredit S.p.A. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
- 5) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto della modalità assuntiva prevista, potrò chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a mio carico.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

(solo in caso di scelta del supporto durevole)

DICHIARO altresì:

- di aver ricevuto da UniCredit S.p.A. informazioni circa la facoltà di ricevere il presente documento su supporto cartaceo o su supporto durevole diverso dal cartaceo e di aver optato per quest'ultima soluzione;
- di essere stato informato in merito alla possibilità di poter richiedere presso la Filiale di UniCredit S.p.A. copia cartacea gratuita della documentazione messa a disposizione su supporto durevole diverso dal cartaceo;
- che il Set Informativo relativo alla polizza **CPI Mutui Privati** mi è stato consegnato per la relativa presa visione, preventivamente alla sottoscrizione del Presente Modulo di Adesione, nell'ambiente protetto messo a disposizione da UniCredit S.p.A. [a seconda dei casi Servizio di Banca Multicanale via internet o Servizio UniCredit Digital Mail Box] e che i contenuti della polizza mi sono stati esaurientemente illustrati permettendomi di ricevere tutti i chiarimenti necessari;
- che il presente documento sarà sottoscritto mediante Firma Elettronica Qualificata, dando atto che la consegna dello stesso viene effettuata da UniCredit S.p.A. nell'ambiente protetto del Servizio di Banca Multicanale via internet o del Servizio UniCredit Digital Mail Box, secondo le previsioni di cui al contratto ai sensi del quale la sottoscrizione elettronica è apposta.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Assicurato dichiara inoltre:

- 1) di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'Art. 5 "Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato" delle Condizioni Contrattuali;
- 2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007), è obbligato a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
- 3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Contrattuali, consegnatemi unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) - i seguenti articoli e norme: Art. 1 (Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione assicurata), Art. 2 (Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa); Art. 3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 4 (Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa); Art. 7 (Esclusioni); Art. 12 (Denuncia di sinistro); Art. 18 (Cessione dei diritti); prendo atto che le Condizioni Contrattuali sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A..

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

DICHIARAZIONE

- L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo – redatto ai sensi del Regolamento ISVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni – composto dal Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativo (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi), dalle Condizioni Contrattuali comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dall'Informativa sulla privacy. Prende atto inoltre che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositato e a sua disposizione presso la sede del Contraente (la Banca).
- L'Assicurato dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

Trattamento dei dati personali

L'interessato (Assicurato), dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016, contenuta nella documentazione d'offerta relativa al prodotto assicurativo sottoscritto, per le finalità indicate al punto 3 lett. (A) Trattamento dei Dati Personali per "finalità assicurative" e (B) "Trattamento dei Dati Personali per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto" dell'Informativa, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima individuati.

Prende atto che il mancato conferimento di tali dati comporta l'impossibilità di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del Contratto.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

L'Assicurato, in caso di individuazione nominativa del Beneficiario e/o del Referente Terzo, si impegna per conto della Compagnia a consegnare a quest'ultimi l'informativa privacy di cui all'Art. 14 del Regolamento UE 679/2016 a loro dedicata e messa a disposizione.

Luogo e data _____

Firma Assicurato (firma o firma digitale) _____

ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori

COMPONENTE DANNI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Codice Prodotto 40123 - V1 - Ed. 12/2023

documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti.

GLOSSARIO	1 di 24
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 24
2. SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	10 di 24
3. SEZIONE MALATTIA GRAVE	12 di 24
4. SEZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA	15 di 24
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	18 di 24
Allegato 1	22 di 24
Allegato 2	23 di 24

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione troverai alcuni box esplicativi. A tal proposito è bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre sempre la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.



GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Nella presente Assicurazione è la persona fisica, intestataria o co-intestataria del Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla Polizza Collettiva e che sia Lavoratore Autonomo, oppure Lavoratore Dipendente Pubblico, oppure Non Lavoratore.

Assicurazione

il contratto di Assicurazione.

Capitale Residuo

il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso. Il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Contraente

UniCredit S.p.A., con Sede Sociale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti, 3 - Tower A - 20154 Milano, che stipula la Polizza Collettiva con la Società per conto degli Assicurati;

Data di Scadenza del Mutuo

la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

Durata del Mutuo

la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Importo Erogato del Mutuo

l'importo del Mutuo erogato dal Contraente all'Assicurato;

Importo Richiesto del Mutuo

l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti e le ernie.**

Intermediario

UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, di grado pari o superiore al 60%, della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta dall'Assicurato;

Istituto di Cura

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni;

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente;

Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le 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 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. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975;

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;

Malattia Grave

- a) Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi;
- b) Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante bypass coronario;
- c) Infarto Miocardico: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 - 1) storia del dolore cardiaco tipico;
 - 2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 - 3) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) Ictus cerebrale: accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno 2 (due) mesi dalla data di insorgenza;
- e) Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- g) Qualsiasi altra Malattia che causi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%;

Modulo di Adesione

il modulo sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce alla Polizza Collettiva;

Mutuo

il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato, con il quale il Contraente concede in prestito all'Assicurato una somma predeterminata, che dovrà essere restituita dall'Assicurato al Contraente secondo un piano di ammortamento predeterminato;

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente Pubblico; sono altresì considerati Non Lavoratori anche i pensionati;

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante.

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi lo stato di degenza dell'Assicurato affinché lo stesso abbia diritto al primo Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero;

Periodo di Preammortamento

il periodo di tempo iniziale del Mutuo durante il quale le rate sono formate per intero da interessi passivi senza alcuna quota relativa al capitale;

Periodo di Riqualficazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, che deve trascorrere affinché possa essere presentata un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero

Polizza Collettiva

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

Premio

con riferimento a ciascun assicurato che aderisce alla Polizza Collettiva, la somma dovuta alla Società in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico

il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Rapporto di Visita Medica

il modulo che deve essere compilato dall'assicurando e da un medico con domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Sinistro

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;

Società

l'Impresa di assicurazione Incontra Assicurazioni S.p.A. con sede in Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano.

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE



Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Mutuo, a condizione che l'Assicurato, in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità:

- a) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione
- b) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa,
- c) abbia pagato il Premio.

Durante l'eventuale Periodo di Preammortamento sarà operante soltanto la garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%. Le garanzie Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero non saranno operanti ma per tali garanzie decorreranno comunque i relativi Periodi di Carenza.

Art. 1.2 - Durata e cessazione dell'Assicurazione

1.2.1 Per ciascun Assicurato l'Assicurazione ha durata pari alla durata del Mutuo, con un massimo di 40 (quaranta) anni (inclusi eventuali periodi di ammortamento)

1.2.2 L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale;
- b) decesso dell'Assicurato. In tal caso la Società provvederà al rimborso (agli eredi) del Premio pagato e non goduto, per il tramite del Contraente, salva l'ipotesi di estinzione anticipata del Mutuo (di cui al successivo punto d);
- c) anticipata estinzione totale, surroga o accollo del Mutuo, fatta salva la diversa richiesta da parte dell'Assicurato, come prevista nel successivo art. 1.4;
- d) anticipata estinzione del Mutuo dovuta alla liquidazione nei confronti dell'Assicurato di un Indennizzo derivante dall'altra copertura assicurativa (per il caso morte) intermediata dal Contraente ed emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit Vita S.p.A.);
- e) esercizio del diritto di recesso, come previsto dall'art. 1.3 ;
- f) comunicazione da parte dell'Assicurato di variazione dell'attività lavorativa a seguito di perdita dello status di Lavoratore Dipendente Privato, come previsto dall'art. 1.8.

Art. 1.3 - Diritto di recesso dell'Assicurato

1.3.1- Diritto di recesso iniziale dell'assicurato

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso deve essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale dell'Intermediario dove l'Assicurato intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente. Il Contraente ne darà quindi comunicazione alla Società. Qualora il Premio sia stato già corrisposto, la Società provvederà al suo rimborso (al lordo delle imposte se non ancora versate all'erario dalla Società stessa) per il tramite del Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso. La Società provvederà al rimborso del Premio al Contraente, il quale, a sua volta, rimborserà il Premio all'Assicurato mediante la corrispondente riduzione della rata del Mutuo. Nel caso di recesso entro i primi 60 (sessanta) giorni:

- a) l'esercizio del diritto di recesso, da parte dell'Assicurato, all'Assicurazione comporta il recesso anche dalla Polizza Collettiva denominata "Contratto di Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente a Premio unico" intermediata dal Contraente ed emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit Vita S.p.A.);
- b) l'esercizio del diritto di recesso, da parte dell'Assicurato, alla Polizza Collettiva denominata "Contratto di Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente a Premio unico" intermediata dal Contraente ed emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit

Vita S.p.A.) comporta sempre il recesso anche dalla Polizza Collettiva.

1.3.2 - Diritto di recesso annuale dell'Assicurato

L'Assicurato ha altresì diritto di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, senza oneri e con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso deve essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale dell'Intermediario dove l'Assicurato intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente. Il Contraente ne darà quindi comunicazione alla Società. In tal caso, l'Assicurato ha diritto al rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente alle annualità di copertura non godute, applicando la formula di calcolo di cui al successivo art. 1.4.3. La Società provvederà al rimborso del Premio al Contraente, il quale, a sua volta, rimborserà il Premio all'Assicurato mediante la corrispondente riduzione della rata del Mutuo.

In caso di più Assicurati cointestatarî del medesimo Mutuo, il diritto di recesso dall'Assicurazione spetta ad ogni Assicurato in riferimento alla propria Assicurazione e, se esercitato, non pregiudicherà la prosecuzione dell'Assicurazione a favore degli altri Assicurati.

Art. 1.4 - Estinzione anticipata totale o parziale / Surroga / Accollo del Mutuo - Diritti dell'Assicurato

1.4.1 - Estinzione anticipata totale, surroga, accollo del Mutuo

In caso di estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo, l'Assicurato potrà scegliere tra una delle seguenti opzioni:

- a) recedere dall'Assicurazione: in questo caso, tutte le coperture assicurative cessano alla data di estinzione, accollo o surroga del Mutuo e la Società rimborserà all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Il Premio da rimborsare sarà quantificato applicando la formula di calcolo riportata al successivo art. 1.4.3;
- b) non recedere dall'Assicurazione: in questo caso tutte le coperture assicurative rimarranno in vigore sino alla loro naturale scadenza, alle stesse condizioni.

L'Assicurato dovrà esercitare l'opzione di mantenimento delle coperture, di cui alla lettera b) sopra, compilando un apposito modulo di richiesta messo a disposizione dal Contraente che trasmetterà tale informazione alla Società. In assenza di richiesta di mantenimento si procederà in automatico a dare esecuzione all'opzione a) di cui sopra.

1.4.2 - Estinzione anticipata parziale del Mutuo

In caso di anticipata estinzione parziale del Mutuo:

- a) la Società rimborserà all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni e per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato e non goduto relativo al periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Mutuo e la data di scadenza dell'Assicurazione, nella misura corrispondente alla quota estinta di Mutuo, applicando la formula di calcolo di cui al successivo art. 1.4.3.
- b) La Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni dovute (cioè gli Indennizzi di Capitale Residuo e di rata) nella misura corrispondente alla quota estinta di Mutuo, e pertanto, in caso di Sinistro, il Capitale Residuo o la rata mensile indennizzati saranno quelli risultanti dal piano di ammortamento esistente alla data del Sinistro, come modificato a seguito della avvenuta estinzione parziale del Mutuo.

L'Assicurato potrà, in alternativa alla riduzione proporzionale delle prestazioni, richiedere espressamente alla Società di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione alle medesime condizioni originarie, come se l'estinzione parziale del Mutuo non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Mutuo. In caso di più Assicurati, tale diritto spetta a ciascuno di essi.

1.4.3 - Formula di rimborso del Premio pagato e non goduto

I rimborsi di Premio saranno effettuati applicando la formula di cui all'Allegato 2.



Quando e come devo pagare

Art. 1.5 - Pagamento del Premio

L'Assicurato è tenuto a versare alla Società, per il tramite del Contraente, il Premio unico comprensivo di imposte, indicato nel Modulo di Adesione, in via anticipata e in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione.

L'ammontare del Premio verrà trattenuto direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

Art. 1.6 - Determinazione del Premio

Il Premio (P) di cui al precedente art. 1.5 è determinato, per ciascun Assicurato, applicando la seguente formula:

$$P = T * N * IR * Pa$$

dove:

P Premio unico anticipato finito comprensivo di imposta (pari al 2,50%);

T tasso mensile finito, comprensivo di imposta, pari a 0,01381%;

N Durata del Mutuo espressa in mesi interi

IR Importo Richiesto del Mutuo

Pa percentuale quota di copertura assicurativa

Nel caso in cui l'Importo Richiesto del Mutuo richiesto dovesse risultare superiore a € 520.000, il Premio dovrà essere calcolato su tale importo massimo. Qualora sia applicata una percentuale di quota assicurativa di un Importo Richiesto del Mutuo superiore a € 520.000, il Premio verrà calcolato sulla quota percentuale dell'Importo Richiesto del Mutuo, fermo il limite di € 520.000.



Che Obblighi ho

Art. 1.7 - Dichiarazioni inesatte e reticenti dell'Assicurato e di assunzione del rischio da parte della Società

1.7.1 Ai sensi degli artt. 1892 (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave) e 1893 (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave) del Codice Civile, le inesattezze e le reticenze dell'Assicurato, rese con la compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica, comportano la perdita del diritto al percepimento dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione alla data in cui la Società ne è venuta a conoscenza. In tal caso, la Società provvederà al rimborso del Premio non goduto al Contraente (dalla data di cessazione dell'Assicurazione sino alla data di originaria scadenza dell'Assicurazione), il quale, a sua volta, rimborserà il Premio all'Assicurato mediante la corrispondente riduzione della rata del Mutuo. Il calcolo dell'importo da rimborsare all'Assicurato sarà effettuato utilizzando la formula di cui all'art.1.4.3. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato e al cambio di status lavorativo, l'Assicurato stesso è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Società prima della stipula del Mutuo, per il tramite del Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste (ferma la assicurabilità dei soli Lavoratori Dipendenti Privati). La Società richiederà altresì all'Assicurato, per il tramite del Contraente, di espletare nuovamente le formalità di ammissione qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di erogazione del Mutuo trascorranò più di 180 (centottanta) giorni.

1.7.2 Ciascun Assicurato dovrà inoltre, alternativamente, in funzione dell'importo di Mutuo richiesto e dell'età alla data di stipula del Mutuo, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA di seguito riportata, procedere a:

- compilare il Questionario Medico, oppure
- fornire il Rapporto di Visita Medica e gli eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dalla Società.

Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurando più adesioni alla Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e la Società, l'Importo Richiesto del Mutuo

da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue, sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'assicurando stesso.

TABELLA ASSUNTIVA DEL RISCHIO		
Importo Richiesto del Mutuo	Modalità assuntiva per soggetti di età compresa tra 18 a 65 anni compiuti	Modalità assuntiva per soggetti di età tra 66 a 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 520.000,00	Rapporto di Visita Medica	Rapporto di Visita Medica

Il Rapporto di Visita Medica è inoltre richiesto in caso di risposta "SI" alle domande 1 e/o 5 del Questionario Medico, indipendentemente dall'Importo Richiesto del Mutuo ed età, o in caso di rifiuto di compilazione del Questionario Medico.

1.7.3 La Società si riserva il diritto, una volta esaminate le risposte rese al Questionario Medico o al Rapporto di Visita Medica (nonché la documentazione sanitaria allegata), di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla copertura assicurativa.

Il Rapporto di Visita Medica (unitamente alla documentazione sanitaria allegata) dovranno essere trasmessi a Incontra Assicurazioni S.p.A. c/o AXA France Iard - Ufficio Underwriting Medico - Corso Como 17, 20154 Milano. Il rifiuto o la conferma di accettazione del rischio verranno comunicati dalla Società all'Assicurato, ed al Contraente per conoscenza.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari dello stesso Mutuo e sia stata scelta l'Opzione B) - Assicurazione pro-quota di cui al successivo art. 1.9, l'Importo Richiesto da considerare per ciascun Assicurato - ai fini della TABELLA ASSUNTIVA sopra indicata - sarà pari all'importo intero del Mutuo richiesto diviso per il numero di cointestatari assicurati.

Le spese relative alla redazione del Rapporto di Visita Medica, agli esami obbligatori ad esso collegati ed agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'assicurando.

Art. 1.8 - Cambio di attività lavorativa dell'Assicurato

Se l'Assicurato, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, cambia la propria attività lavorativa perdendo lo status di Lavoratore Dipendente Pubblico, oppure Lavoratore Autonomo, oppure Non Lavoratore, l'Assicurato è tenuto a comunicare tale circostanza al Contraente (fornendo prova del mutamento di status occupazionale) richiedendo la cessazione dell'Assicurazione.

In tal caso, tutte e tre le garanzie della Polizza Collettiva cessano alle ore 24:00 della data di comunicazione del cambio di attività lavorativa, e la Società rimborserà la parte di Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte di legge) dalla data della comunicazione alla data di originaria scadenza dell'Assicurazione, utilizzando la formula di cui al successivo art. 1.4.3.

La Società provvederà al rimborso al Contraente, il quale, a sua volta, rimborserà il Premio all'Assicurato mediante la corrispondente riduzione della rata del Mutuo.

Se l'Assicurato omette di comunicare tale circostanza al Contraente, tutte le garanzie dell'Assicurazione (garanzia Invalidità Permanente Totale, Ricovero Ospedaliero e Malattia Grave) rimarranno comunque operanti per l'intero periodo di durata dell'Assicurazione.

Altre Norme

Art.1.9 - Mutui cointestati - Pluralità di Assicurati

In caso di Mutuo co-intestato, è possibile assicurare tutti i co-intestatari del Mutuo, fermo restando che ogni cointestatario assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità e deve risultare indicato nel Modulo di Adesione.

In caso di uno o più cointestatari assicurati, per ciascun Assicurato l'Assicurazione sarà operante in base ad una delle seguenti opzioni:

- **Opzione A): Assicurazione intera.** Per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo in caso di Sinistro vengono calcolati sull'intero valore del Mutuo.
- **Opzione B): Assicurazione pro-quota.** Per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo

in caso di Sinistro vengono calcolati pro-quota dividendo i rispettivi importi interi per il numero complessivo di Assicurati. Si precisa che l'adesione a tale opzione vincola tutti i contestatari del Mutuo ad effettuare la medesima scelta (es. due cointestatari, ciascuno Assicurato al 50%).

Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte della Società dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, per i rimanenti cointestatari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di quota di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati).

- **Opzione C): Assicurazione parziale.** Per ciascun Assicurato, qualora l'Importo Richiesto del Mutuo sia maggiore di € 200.000,00, in alternativa alle opzioni di cui alle lettere precedenti, il Premio e l'eventuale Indennizzo in caso di Sinistro vengono calcolati in base alla percentuale di quota di copertura assicurativa prescelta da ciascun Assicurato, compresa tra 50% e 100%.

Nel caso in cui ci siano più Assicurati cointestatari di un singolo Mutuo, ed anche se si verifica la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, l'Assicurazione potrà operare come sopra specificato (percentuale di quota di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%).

Art. 1.10 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

L'adesione di ciascun Assicurato alla Polizza Collettiva avviene mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione:

- in formato cartaceo, redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Compagnia);
- in formato elettronico, con la modalità resa disponibile dal Contraente.

La sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comporta la contestuale sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva denominata "Contratto di Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente a Premio unico" intermediata dal Contraente ed emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit Vita S.p.A.). Ogni Modulo di Adesione dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) dati anagrafici dell'Assicurato;
- b) numero di domanda del Mutuo;
- c) Importo Richiesto del Mutuo e relativa durata in mesi;
- d) percentuale di quota di copertura assicurativa prescelta dell'importo richiesto del Mutuo indicata dall'Assicurato. Per i Mutui il cui importo richiesto sia inferiore o uguale a € 200.000 detta percentuale coincide con il 100% dell'importo richiesto; per i Mutui il cui Importo Richiesto sia superiore a € 200.000 l'Assicurato ha facoltà di indicare una percentuale minore, comunque non inferiore al 50% dell'importo richiesto;
- e) Premio unico anticipato, comprensivo di imposte;
- f) costi sul Premio a carico dell'Assicurato, con indicazione delle provvigioni percepite dall'Intermediario.

Art. 1.11 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.12 - Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente o dell'Assicurato, con riferimento alla Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte della Società saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 1.13 - Altre assicurazioni e non cumulabilità degli Indennizzi

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dalla Società con la Polizza Collettiva possono cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato per i medesimi rischi.

L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente Totale di cui alla presente Assicurazione non può tuttavia mai cumularsi con l'Indennizzo liquidato per il rischio di morte dell'Assicurato in base ad altra polizza di Creditor Protection (abbinata allo stesso Mutuo) emessa da altra compagnia.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 1.15 - 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 presente Assicurazione.

Art. 1.16 - Legislazione applicabile e foro competente

L'Assicurazione è regolata dalla Legge Italiana.

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o il Contraente e, dall'altra parte, l'Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 1.17 - Prescrizione dei diritti

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla presente Assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 1.18 - Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

2. SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA



Cosa Assicura

Art. 2.1 - Garanzia base

L'Assicurazione è operante per il seguente evento che colpisca l'Assicurato: **INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.**

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia" si intende la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, di grado pari o superiore al 60%, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta dall'Assicurato.

La garanzia di cui sopra è prestata unitamente alla garanzia "Malattia Grave" e "Ricovero Ospedaliero (da Infortunio o Malattia)" come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato un Indennizzo pari al Capitale Residuo del Mutuo, come previsto dalle condizioni contrattuali della singola specifica garanzia.



Cosa NON Assicura

Art. 2.2 - Persone non assicurabili

Non è assicurabile ciascuna persona fisica che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- a) non sia Lavoratore Dipendente Pubblico, oppure Lavoratore Autonomo, oppure Non lavoratore;
- b) non abbia compiuto 18 anni di età o abbia un'età pari o superiore a 70 anni;
- c) sia intestatario o cointestatario di un Mutuo erogato dal Contraente di durata originaria superiore a 40 (quaranta) anni (incluso l'eventuale Periodo di Preammortamento);
- d) risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla Data di Scadenza del Mutuo;
- e) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica secondo le formalità assuntive delle presenti Condizioni di Assicurazioni;
- f) non sia residente in Italia.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento a tutte le Malattie e gli stati patologici dell'Assicurato verificatesi o insorti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione, qualora tali malattie e stati patologici pre-esistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico e nel Rapporto di Visita Medica.

Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale causata da:

- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- b) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- e) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- h) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- i) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- l) Malattie tropicali.

Come Assicura

Art.2.4 - Massimale e limite di Indennizzo

All'Indennizzo si applica il seguente massimale: massimo € 520.000 di Capitale Residuo per Assicurato. In caso di Mutuo erogato per un importo maggiore di € 520.000 la Società assicurerà inizialmente sempre e comunque un importo massimo pari a € 520.000. In caso di Sinistro per Invalidità Permanente Totale, la Società liquiderà un importo di Capitale Residuo quantificato applicando allo stesso una percentuale ottenuta dal rapporto tra € 520.000 e l'Importo Erogato del Mutuo.



Art. 2.5 - Estensione territoriale

La copertura vale per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

3. SEZIONE MALATTIA GRAVE



Cosa Assicura

Art. 3.1 Garanzia Base

L'Assicurazione è operante per il seguente evento che colpisca l'Assicurato: **Malattia Grave**.

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per "Malattia Grave" si intende una delle seguenti patologie:

- a) Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi;
- b) Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante bypass coronario;
- c) Infarto Miocardico: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
 1. storia del dolore cardiaco tipico;
 2. comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
 3. modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
- d) Ictus cerebrale: accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno 2 (due) mesi dalla data di insorgenza;
- e) Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
- f) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
- g) Qualsiasi altra Malattia che causi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%.

In riferimento alla garanzia Malattia Grave, è indennizzabile un solo Sinistro per Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato nel corso della durata dell'Assicurazione.

La garanzia di cui sopra è prestata unitamente alla garanzia "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia" e "Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia" come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. In riferimento alla garanzia Malattia Grave, è indennizzabile un solo Sinistro per Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato nel corso della durata dell'Assicurazione. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato un Indennizzo pari a 10 rate del Mutuo versate in un'unica soluzione ed in via anticipata o, se inferiore, pari al numero delle rate residue del Mutuo alla Data del Sinistro, come previsto dalle condizioni contrattuali della singola specifica garanzia.



Cosa NON Assicura

Art. 3.2 - Persone non assicurabili

Non è assicurabile ciascuna persona fisica che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- a) non sia Lavoratore Dipendente Pubblico, oppure Lavoratore Autonomo, oppure Non Lavoratore;
- b) non abbia compiuto 18 anni di età o abbia un'età pari o superiore a 70 anni;

- c) sia intestatario o cointestatario di un Mutuo di durata originaria superiore a 40 (quaranta) anni (incluso l'eventuale Periodo di Preammortamento);
- d) risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla Data di Scadenza del Mutuo;
- e) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica secondo le formalità assuntive come previste all'art 2.3 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- f) non sia residente in Italia.

Art. 3.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento a tutte le Malattie e gli stati patologici dell'Assicurato verificatesi o insorti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione, qualora tali Malattie e stati patologici pre-esistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico o nel Rapporto di Visita Medica. Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causata da:

- a) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- b) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- d) malattie tropicali ed epidemiche;
- e) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Come Assicura

Art. 3.4 - Periodo di Carenza¹

3.4.1 L'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 90 (novanta) giorni. Pertanto, l'Indennizzo è corrisposto qualora la Data del Sinistro per Malattia Grave sia successiva al Periodo di Carenza.

3.4.2 Per "Data del Sinistro" si intende la data di diagnosi della Malattia Grave come risultante dalla documentazione medica oppure, nel caso di Malattia che provochi un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, la data della presentazione della domanda di invalidità agli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.).

Art. 3.5 - Massimale e limiti di Indennizzo

All'Indennizzo si applica il seguente massimale: massimo € 2.000 per ogni rata indennizzata. Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più Mutui assicurati, il limite di € 2.000 è da intendersi cumulativo per tutti i Mutui sottoscritti dall'Assicurato stesso.

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data in cui è stata diagnosticata la Malattia Grave (oppure, nel caso di Malattia che provochi un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, la data della presentazione dell'invalidità permanente) e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per Malattia Grave, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

Si ricorda che è indennizzabile un solo Sinistro per Malattia Grave diagnosticata all'Assicurato nel corso della durata dell'Assicurazione.

1 Esempio di applicazione carenza

Data effetto polizza 01/01/2020

Se all'Assicurato viene diagnosticata una Malattia Grave in data 15/02/2020 non sarà corrisposto alcun Indennizzo in quanto la data della Malattia rientra nel Periodo di Carenza prevista di 90 giorni. Se all'Assicurato viene diagnosticata una Malattia Grave in data 15/05/2020 sarà corrisposto l'Indennizzo, così come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in quanto la data della Malattia è successiva al Periodo di Carenza prevista di 90 giorni.



Si precisa che la copertura non sarà operativa durante il Periodo di Preammortamento del Mutuo, decorrendo comunque il Periodo di Carenza.



Art. 3.6 - Estensione territoriale

La copertura vale per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

4. SEZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA



Cosa Assicura

Art. 4.1 - Garanzia Base

L'Assicurazione è operante per il seguente evento che colpisca l'Assicurato: **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.**

Al Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia si intende equiparato il regime di isolamento obbligatorio presso il proprio domicilio al quale sia costretto l'Assicurato a seguito di positività al tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARS-CoV-2 (Covid-19), così come disposto dalle Autorità e/o Enti Competenti.

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per "Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia" si intende la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

In riferimento alla garanzia Ricovero Ospedaliero, sono indennizzabili più Sinistri per Ricovero Ospedaliero nel corso della durata dell'Assicurazione, fermo restando quanto previsto all'Art. 4.4.

La garanzia di cui sopra è prestata unitamente alla garanzia "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia" e "Malattia Grave" come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato un Indennizzo pari ad una o più rate del Mutuo come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.



Cosa NON Assicura

Art. 4.2 - Persone non assicurabili

Non è assicurabile ciascuna persona fisica che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- non sia Lavoratore Dipendente Pubblico, oppure Lavoratore Autonomo, oppure Non lavoratore;
- non abbia compiuto 18 anni di età o abbia un'età pari o superiore a 70 anni;
- non sia intestatario o cointestatario di un Mutuo erogato dal Contraente ;
- sia intestatario o cointestatario di un Mutuo di durata originaria superiore a 40 (quaranta) anni (incluso l'eventuale Periodo di Preammortamento);
- risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla Data di Scadenza del Mutuo;
- non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica secondo le formalità assuntive delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- non sia residente in Italia

Art. 4.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento a tutte le Malattie e gli stati patologici dell'Assicurato verificatesi o insorti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione, qualora tali Malattie e stati patologici pre-esistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico o nel Rapporto di Visita Medica.

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causato da:

- Malattia Grave precedentemente indennizzata in base alla presente Assicurazione;
- Infortuni verificatisi prima della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche,

salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- i) etilismo, stato di ebbrezza, stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- j) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- k) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di parti- celle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
- o) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione;
- p) Malattie tropicali ed epidemiche.

Come Assicura

Art. 4.4 - Periodo di Carenza²

4.4.1 In caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia, l'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 60 (sessanta) giorni. Pertanto, l'Indennizzo è corrisposto qualora la Data del Sinistro per Ricovero Ospedaliero da Malattia sia successiva al Periodo di Carenza.

4.4.2 Per "Data del Sinistro" si intende la data di primo giorno di Ricovero Ospedaliero o dell'isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19.

Art. 4.5 - Periodo di Franchigia³

L'Indennizzo è soggetto ad un Periodo di Franchigia pari a 7 (sette) giorni. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo indennizzo (pari ad una rata del Mutuo) è corrisposto soltanto nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero

perduri per almeno 7 (sette) giorni dopo la Data del Sinistro (come definita al precedente art. 4.4.2). Per il Ricovero Ospedaliero a seguito di positività dell'Assicurato al tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARS-CoV-2 (Covid-19) e per l'isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19 il suddetto Periodo di Franchigia non sarà operante.

Art 4.6 - Massimale e limiti di Indennizzo

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 12 rate mensili per ciascun Sinistro e più di 36 rate mensili complessivamente per più Sinistri accaduti durante tutta la durata dell'Assicurazione. L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000 per ciascuna rata mensile.

2 Esempio di applicazione carenza

Data effetto polizza 01/01/2020

Se l'Assicurato viene ricoverato per Malattia in data 15/02/2020 non sarà corrisposto alcun Indennizzo in quanto la data del ricovero rientra nel Periodo di Carenza previsto di 60 giorni.

Se l'Assicurato viene ricoverato per Malattia in data 15/03/2020 sarà corrisposto l'Indennizzo, così come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in quanto la data del Ricovero è successiva al Periodo di Carenza previsto di 60 giorni.

3 Esempio di applicazione franchigia

Data effetto polizza 01/01/2020

Se l'Assicurato viene ricoverato in data 15/03/2020, con durata del ricovero pari a 3 giorni, non sarà corrisposto alcun Indennizzo in quanto la data del ricovero rientra nel periodo di Franchigia previsto di 7 giorni.

Se l'Assicurato viene ricoverato in data 15/03/2020, con durata del ricovero pari a 9 giorni invece sarà corrisposto un Indennizzo pari a una rata del Mutuo come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in quanto la data del ricovero è successiva al Periodo di Franchigia previsto di 7 giorni.

Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più Mutui assicurati, il limite di € 2.000 è da intendersi cumulativo per tutti i Mutui sottoscritti dall'Assicurato stesso.

In ogni caso, il diritto al percepimento dell'Indennizzo da parte dell'Assicurato cessa alla data di scadenza dell'Assicurazione, anche in caso di persistenza, oltre tale termine, del Ricovero Ospedaliero. Pertanto:

a) qualora il Periodo di Franchigia scada dopo la scadenza dell'Assicurazione, nulla sarà più dovuto dalla Società;

b) qualora, dopo la scadenza dell'Assicurazione, perduri un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, nulla sarà più dovuto dalla Società.

Art. 4.7 - Denunce successive per Ricovero Ospedaliero - Periodo di Riqualificazione⁴

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero e/o isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero e/o isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19 se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi.



Art. 4.8 - Estensione territoriale

La copertura vale per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

4 Esempio di applicazione Periodo di Riqualificazione

Data effetto polizza 01/01/2020

Se l'Assicurato viene ricoverato in data 15/03/2020 e il ricovero dura 10 giorni consecutivi, sarà corrisposto un Indennizzo pari ad una rata del Mutuo come previsto dalle Condizioni di Assicurazione. Nel caso in cui l'Assicurato venisse nuovamente ricoverato in data 01/04/2020, non gli verrà riconosciuto alcun Indennizzo in quanto tra il primo ricovero e il secondo non sarà trascorso il termine di 30 giorni previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui il secondo ricovero avvenisse in data 27/04/2020, all'Assicurato verrebbe corrisposto l'Indennizzo così come previsto dalle Condizioni di Assicurazione in quanto tra il primo e il secondo ricovero sarebbero trascorsi più di 30 giorni.



5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme comuni a tutte le Sezioni

Art. 5.1 - Denuncia dei Sinistri

In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla Società nel più breve tempo possibile. La Società ha incaricato la società AXA France IARD della ricezione e gestione delle denunce di Sinistro. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a.r.)	Incontra Assicurazioni S.p.A. c/o AXA France IARD - Ufficio Sinistri - Corso Como, 17 - 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via E-mail	clp.it.sinistri@partners.axa
Via Web	www.incontraassicurazioni.it (Area Riservata) https://www.clpnet.com/customer/homeincontrait

La denuncia di Sinistro può essere effettuata utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato; tale modulo è disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto oppure può essere ottenuto contattando la Società al seguente recapito:

Servizio Clienti Telefonico - Numero verde 800 939 433 attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00, ed il venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 (giorni festivi esclusi).

Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.

La denuncia di Sinistro dovrà essere inviata alla Società allegando i seguenti documenti:

- **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia:** : copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione dell'invalidità permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- **Malattia Grave:** copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione di un medico attestante la diagnosi di Malattia Grave. Nel caso di Malattia che provochi un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, dovrà essere prodotta altresì la certificazione dell'invalidità permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.);
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia:** copia di un documento di identità dell'assicurato; certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; attestazione esito tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARS-CoV-2 (Covid-19) e disposizione da parte delle Autorità e/o Enti Competenti dell'isolamento obbligatorio da Covid-19 presso il proprio domicilio; i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del Periodo di Ricovero Ospedaliero).

In caso di Sinistro di Ricovero Ospedaliero, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro, gli Assicurati devono compilare ed inviare alla Società, allo stesso recapito sopra indicato, il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come sopra indicato e deve essere inviato alla Società entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriori prove documentali in ordine al Sinistro e al diritto al percepimento dell'Indennizzo. La Società (in caso di denuncia di Sinistro per Invalidità Permanente Totale, Ricovero Ospedaliero, compreso il periodo di isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19, o Malattia Grave) si riserva altresì il diritto di accertare l'Infortunio o la Malattia, anche mediante visita, con propri medici di fiducia; i costi di tale accertamento saranno a totale carico della Società medesima.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria allegata alla

denuncia di Sinistro dovrà essere tradotta in lingua italiana e comunque certificata da un medico che esercita la professione in Italia. Dovranno inoltre essere indicati i riferimenti del medico e/o dell'Istituto di Cura presso cui l'Assicurato ha ricevuto le cure all'estero.

Art. 5.2 - Pagamento dell'Indennizzo - Beneficiario

La Società provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo.

Il pagamento dell'Indennizzo verrà eseguito dalla Società nei confronti dell'Assicurato.

Norme per la Sezione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

Art. 5.3 - Indennizzo

5.3.1 L'Indennizzo è pari all'importo del Capitale Residuo del Mutuo o quota parte dello stesso (in caso di cointestazione del Mutuo o copertura parziale) quale risulta alla Data del Sinistro.

5.3.2 Ai fini del calcolo dell'Indennizzo:

- a) per **Capitale Residuo** si intende il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse (eventualmente rideterminati nel corso della durata del Mutuo a seguito di estinzione parziale del Mutuo con rimborso del Premio);
- b) per **Data del Sinistro** si intende:
 - i. **Invalidità Permanente Totale da Infortunio**: la data di accadimento dell'Infortunio;
 - ii. **Invalidità Permanente Totale da Malattia**: la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente.

L'ammontare del Capitale Residuo da indennizzare sarà quello risultante dal piano di ammortamento del Mutuo alla Data del Sinistro (come definita al precedente art. 5.3.2). Resta fermo quanto previsto al precedente art. 1.4.2 lett. b) in caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo con rimborso del Premio.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatori del medesimo Mutuo, per ciascun Assicurato l'importo di Capitale Residuo da indennizzare sarà rideterminato nella medesima misura percentuale della quota assicurativa prescelta dell'Importo Richiesto del Mutuo richiesto indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 5.4 - Criteri di indennizzabilità dell'Infortunio e della Malattia

Infortunio

L'Invalidità Permanente Totale deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 24 (ventiquattro) mesi, anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione, dalla data in cui si è verificato l'Infortunio che l'ha provocata.

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124) (Allegato 1).

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una

percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente Totale è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Malattia

L'invalidità Permanente Totale deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 12 (dodici) mesi dalla data in cui è stata diagnosticata la Malattia che l'ha provocata.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive della Malattia. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione le invalidità permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

In ogni caso il grado di invalidità permanente è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 5.5 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla Società, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia che ha causato l'Invalidità, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto. In caso di disaccordo, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro. Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Norme per la Sezione Malattia Grave

Art. 5.6 - Indennizzo

L'Indennizzo è pari a 10 rate mensili del Mutuo (o ai pro-quota mensili delle rate con periodicità diversa da quella mensile e/o a quota parte delle rate in caso di cointestazione del Mutuo / copertura parziale), comprensive di capitale e interessi, liquidate in un'unica soluzione e in via anticipata.

Qualora, alla Data del Sinistro, la durata residuo del piano di ammortamento del Mutuo fosse inferiore a 10 rate mensili, la Società liquiderà un Indennizzo pari al numero di rate mensili residue del Mutuo, sempre versato in un'unica soluzione ed in via anticipata.

L'ammontare della rata mensile da indennizzare sarà quella risultante dal piano di ammortamento del Mutuo alla Data del Sinistro (come definita al precedente art. 3.4.2), moltiplicata per 10 oppure per il numero di rate residue del Mutuo. Resta fermo quanto previsto al precedente art. 1.4.2 lett. b) in caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo con rimborso del Premio.

In caso di rata del Mutuo con periodicità diversa da quella mensile, ai fini dell'Indennizzo sarà calcolata la rata mensile equivalente.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatori del medesimo Mutuo, per ciascun Assicurato l'importo di rata mensile da indennizzare sarà saranno rideterminato nella medesima misura percentuale della quota assicurativa prescelta dell'importo di Mutuo richiesto indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 5.7 - Criteri di indennizzabilità

Per i casi di Malattia Grave di cui al precedente art. 3.1 lett. g ("Qualsiasi altra Malattia che causi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%"), tale invalidità permanente deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 12 (dodici) mesi dalla data in cui si è verificata la Malattia che l'ha provocata.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive della Malattia Grave. Qualora la Malattia Grave colpisca un soggetto già affetto

da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione le invalidità permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con una Malattia Grave.

Nel caso quindi la Malattia Grave colpisca un soggetto la cui invalidità permanente sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In ogni caso il grado di invalidità permanente è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 5.8 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla Società, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura della Malattia Grave, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto. In caso di disaccordo, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro. **Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.**

Norme per la Sezione Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Art. 5.9 - Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre la scadenza del Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia la Società corrisponderà un Indennizzo pari ad una rata mensile del Mutuo (o al pro-quota mensile della rata con periodicità diversa da quella mensile e/o a quota parte della rata in caso di cointestazione del Mutuo / copertura parziale), comprensiva di capitale e interessi. Un ulteriore Indennizzo, pari al precedente, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero e/o isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19.

L'ammontare della rata mensile da indennizzare - per l'intera durata del Sinistro - sarà quella risultante dal piano di ammortamento del Mutuo alla Data del Sinistro (come definita al precedente art. 4.4.2). Resta fermo quanto previsto al precedente art. 1.4.2 lett. b) in caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo con rimborso del Premio.

In caso di rata mensile del Mutuo con periodicità diversa da quella mensile, ai fini dell'Indennizzo sarà calcolata la rata mensile equivalente.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatori del medesimo Mutuo, per ciascun Assicurato l'importo di rata mensile da indennizzare sarà saranno rideterminato nella medesima misura percentuale della quota assicurativa prescelta dell'importo di Mutuo richiesto indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 5.10 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla Società, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia che abbiano determinato il Ricovero Ospedaliero e/o l'isolamento domiciliare obbligatorio da Covid-19, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In caso di disaccordo, ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro. **Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.**

Allegato 1

Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/6/65 n°1124)

DESCRIZIONE	PERCENTUALI		
	D.	-	S.
• Sordità completa di un orecchio		15%	
• Sordità completa bilaterale		60%	
• Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
• Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
• Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
• Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
• Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
• Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
• Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
• Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
• Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
• Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
• Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
• Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
• Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
• Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
• Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
• Perdita totale del pollice	28%		23%
• Perdita totale dell'indice	15%		13%
• Perdita totale del medio		12%	
• Perdita totale dell'anulare		8%	
• Perdita totale del mignolo		12%	
• Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
• Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
• Perdita della falange ungueale del medio		5%	
• Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
• Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
• Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
• Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
• Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
• Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
• Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
• Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea:	18%		15%
• Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
• Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
• Perdita di una gamba per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
• Perdita di una gamba in qualsiasi altro punto		70%	
• Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
• Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
• Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
• Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
• Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
• Perdita totale del solo alluce		7%	
• Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il			
• Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		3%	
• Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		35%	
• Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		20%	
		11%	

Allegato 2

Formula di rimborso del Premio

$R_i = ((PPU_{i-1} * (N-K)/N * Debito_Residuo/CE_{i-1}) + (Hi-1*(N-K)/N)) * Cap_Estinto/Debito_Residuo$ dove:
R_i: Importo da Rimborsare al tempo i

PPU_{i-1}: Premio unico anticipato puro (Premio totale al netto imposte - Costi) al tempo i-1. Tale Premio coincide inizialmente col Premio anticipato puro.

In caso di estinzione parziale con rimborso del Premio, viene ogni volta aggiornato e verrà utilizzato come base di calcolo per effettuare una successiva estinzione totale o parziale con la seguente formula: $PPU_i = PPU_{i-1} * (1 - Cap_estinto\ i / Debito_Residuo\ i)$

N: Durata del Mutuo espressa in mesi interi.

K: Durata del periodo di garanzia goduto, espressa in mesi interi. Per la determinazione di K il mese di entrata in copertura è conteggiato sempre come mese intero (1) indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato (0) indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata

Debito_Residuo: Debito Residuo, in linea capitale, al momento dell'estinzione anticipata parziale o totale del Mutuo

Hi-1: Costi gravanti sulla quota parte di Premio al tempo i-1. Tale importo coincide inizialmente con i Costi gravanti sul Premio versato. In caso di estinzione parziale con rimborso del Premio, tale importo viene ogni volta aggiornato e verrà utilizzato come base di calcolo per effettuare una successiva estinzione totale o parziale con la seguente formula: $Hi = Hi-1 * (1 - Cap_estinto\ i / Debito_Residuo\ i)$

CE_{i-1}= Capitale erogato iniziale al tempo i-1. Tale Capitale coincide inizialmente con il Capitale erogato (assicurato) al momento dell'adesione. In caso di estinzione parziale con rimborso del Premio, tale Capitale viene ogni volta aggiornato e verrà utilizzato come base di calcolo per effettuare una successiva estinzione totale o parziale con la seguente formula: $CE_i = CE_{i-1} * (1 - Cap_estinto\ i / Debito_Residuo\ i)$

Cap_Estinto: Quota Capitale versata a titolo di estinzione parziale

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DA RIMBORSARE: es. 1 su ESTINZIONE TOTALE	
Durata Assicurazione in mesi	240
Capitale erogato del Mutuo	200.000,00 €
Numero di mesi di Assicurazione goduti	180
Premio unico anticipato pagato (lordo imposte)	6.628,80 €
Premio unico anticipato pagato (netto imposte)	6.467,12 €
% Premio puro	63,1%
% Costi	36,9%
Premio unico anticipato puro (PPUi-1) = E * F	4.080,75 €
Costi Totali gravanti sul Premio (Hi-1) = E * G	2.386,37 €
CONTEGGIO:	
Cap_estinto i è la quota Capitale versata a titolo di estinzione parziale	140.000,00 €
Debito_Residuo i è il Capitale Residuo quantificata al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto	140.000,00 €
% Capitale Rimborsato rispetto al Debito prima di effettuare il rimborso = Cap_Estinto/Debito_Residuo	100%
Totale Premio da rimborsare: Ri = ((PPUi-1 * (N-K)/N * Debito_Residuo/CEi-1) + (Hi-1*(N-K)/N)) * Cap_Estinto/Debito_Residuo	1.310,72 €
Premio unico anticipato puro aggiornato da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: PPUi = PPUi-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	0,00 €
Costi gravanti sul Premio aggiornati da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: Hi = Hi-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	0,00 €
Capitale Erogato da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: CE i = CE i-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	0,00 €

ESEMPIO DI CALCOLO DEL PREMIO DA RIMBORSARE: es. 2 su ESTINZIONE PARZIALE		
A	Durata assicurazione in mesi	240
B	Importo erogato del Finanziamento/Mutuo	200.000,00 €
C	Numero di mesi di assicurazione goduti	180
D	Premio unico anticipato pagato (lordo imposte)	6.628,80 €
E	Premio unico anticipato pagato (netto imposte)	6.467,12 €
F	% Premio puro	63,1%
G	% Costi	36,9%
H	Premio unico anticipato puro (PPUi-1) = E * F	4.080,75 €
I	Costi Totali gravanti sul Premio (Hi-1) = E * G	2.386,37 €
J	CONTEGGIO:	
K	Cap_estinto i è la quota Capitale versata a titolo di estinzione parziale	70.000,00 €
L	Debito_Residuo i è il Capitale Residuo quantificata al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto	140.000,00 €
M	% Capitale Rimborsato rispetto al Debito prima di effettuare il Rimborso = Cap_Estinto/Debito_Residuo	50%
	Totale Premio da rimborsare: Ri = ((PPUi-1 * (N-K)/N * Debito_Residuo/CEi-1) + (Hi-1*(N-K)/N)) * Cap_Estinto/Debito_Residuo	655,36 €
N	Premio unico anticipato puro aggiornato da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: PPUi = PPUi-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	2.040,38 €
O	Costi gravanti sul Premio aggiornati da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: Hi = Hi-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	1.193,18 €
P	Importo Erogato del Mutuo da utilizzare in caso di successiva estinzione parziale o totale: CE i = CE i-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	100.000,00 €

MODULO DI ADESIONE

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CREDITOR PROTECTION N. 10162072 STIPULATA DA UNICREDIT S.P.A. PER CONTO DEI PROPRI CLIENTI INTESTATARI/COINTESTATARI DI UN MUTUO. COPERTURA PER LAVORATORI AUTONOMI, DIPENDENTI PUBBLICI, NON LAVORATORI	
Dati Mutuo	
Domanda di Mutuo N° _____	
Dati Assicurato	
Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____	
Dati copertura assicurativa	
Durata del Mutuo in mesi _____	
Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____%	
Premio Unico Anticipato	
€ _____ comprensivo di imposte nella misura del 2,50%	
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)	
€ _____	
Provvigioni percepite dall'Intermediario	
_____ % del Premio imponibile pari a € _____	

PRENDO ATTO CHE:

- A) UniCredit S.p.A.** per conto dei propri clienti ha stipulato con **Incontra Assicurazioni S.p.A** la Polizza Collettiva Danni n° 10162072 (di seguito Polizza), per i casi di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, di Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, e con CNP Unicredit Vita S.p.A. la Polizza Collettiva Vita per il caso morte a capitale decrescente;
Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un Mutuo con **UniCredit S.p.A.** e L'adesione alla Polizza non è obbligatoria per la concessione del Mutuo. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte del Cliente, anche all'altra Polizza Collettiva;
- B)** le coperture assicurative decorrono - fatti salvi i Periodi di Carenza - dalle ore 24.00 del giorno di stipula del Mutuo, a condizione che sia stato versato il relativo Premio e che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione ed hanno una durata pari alla Durata del Mutuo;
- C)** nelle Condizioni di Assicurazione esistono alcune limitazioni delle garanzie quali esclusioni, Periodi di Carenza, Periodi di Franchigia e Periodi di Riqualificazione.

DICHIARO di essere Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico o Non Lavoratore e di essere in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

CHIEDO di aderire alla Polizza in qualità di Assicurato dietro corresponsione del relativo Premio.

AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trasmettere a **Incontra Assicurazioni S.p.A.** le informazioni, contenute nel Mutuo, necessarie per l'esecuzione del contratto di Assicurazione di cui alla Polizza.

CONFERISCO MANDATO irrevocabile a UniCredit S.p.A. di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio **a favore** di **Incontra Assicurazioni S.p.A.** autorizzando la stessa UniCredit S.p.A. a trattenere l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo.

Luogo e data _____

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO O RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'assunzione del rischio la Società richiede a ciascun Assicurato, in funzione dell'Importo Richiesto del Mutuo e dell'età alla data di stipula del Mutuo, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA presente nelle Condizioni di Assicurazione, di

- compilare il Questionario Medico, oppure
- fornire il Rapporto di Visita Medica e gli eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dalla Società.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Io sottoscritto ASSICURATO, informato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa, DICHIARO di aver ricevuto dal Contraente, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, copia integrale del set informativo comprensivo del Documento informativo precontrattuale relativo ai prodotti assicurativi danni (DIP Danni), del Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi) e delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, nonché l'informativa privacy e il Fac-Simile del Modulo di Adesione ai sensi del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

Io sottoscritto ASSICURATO dichiaro inoltre:

- di conoscere ed approvare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo;
- di essere consapevole del diritto di ricevere le credenziali personali per l'accesso alle aree riservate (secondo le modalità indicate sul sito www.incontraassicurazioni.it).

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto è tenuto a verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.

Luogo e data _____

Firma Assicurato _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

L'Assicurato può inoltre recedere annualmente dall'Assicurazione, senza oneri, con un preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale dell'Intermediario dove l'Assicurato intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Luogo e data _____

Firma Assicurato _____

Incontra Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia) - incontra.assicurazioni@pec.allianz.it - Tel. +39 027216.1
Fax +39 027216.5078 - Capitale sociale i.v. Euro 5.200.000,00 - Registro delle Imprese di Milano, CF 02381450101 - P.IVA 05667761000
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 22/3/84 pubblicato sulla G.U. n. 105 del 14/4/84.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00059 e facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 018
www.incontraassicurazioni.it

Incontra
Assicurazioni

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La presente informativa le viene data in relazione al trattamento dei dati connesso all'erogazione della polizza assicurativa in suo favore a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") che tutela la libera circolazione dei dati e la riservatezza delle persone fisiche e in conformità ad ogni altra disposizione normativa dell'Unione Europea o degli Stati membri applicabile in materia di privacy (insieme, la "Normativa Privacy").

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è:

- Incontra Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Milano, Piazza Tre Torri 3, contattabile all'indirizzo Incontra Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.incontra.assicurazioni@allianz.it ("Incontra Assicurazioni" o la "Compagnia").

Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) di Incontra Assicurazioni potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Incontra Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.incontra.assicurazioni@allianz.it.

2. Categorie di dati trattati

Incontra Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati:

- a) dati anagrafici,
- b) dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
- c) digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger),
- d) dati sensibili quali i dati relativi alla salute,
- e) dati giudiziari.

3. Finalità dei trattamenti e basi giuridiche

Nella seguente tabella le indichiamo gli aspetti principali dei trattamenti dei suoi dati. I dati raccolti e le finalità possono variare a seconda dei prodotti assicurativi acquistati; per questo nella tabella trova l'indicazione dei prodotti rilevanti per le diverse finalità. La invitiamo a verificare che le finalità sotto indicate si applichino anche ai prodotti da lei acquistati.

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
1	Attività di consulenza su prodotti e servizi assicurativi con particolare riguardo alla valutazione sulle sue esigenze e sul suo profilo di rischio secondo quanto imposto dalla legge in materia di valutazione dell'adeguatezza del prodotto	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 let. c GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute (per prodotti infortuni e malattia)	Danni
2	Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 let. b GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, let. a GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Danni
3	Creazione e gestione del rischio assicurativo	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire il rischio assicurativo (art. 6 let. f GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti	Danni
4	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 let. b GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Danni
5	Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e redistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 let. f GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Danni

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
6	Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo I dati (anche quelli relativi a danneggiati o trasportati che potranno essere trattati in occasione della gestione dei sinistri) potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità dei propri servizi.	Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 let. f GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, let. a GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute	Danni
7	Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria	Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 let. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, let. f)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Danni
8	Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative	Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 let. f GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti c) Dati giudiziari	Danni
9	Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 let. c GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Danni
10	Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 let. b GDPR)	a) Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).	Danni

4. Tempi di conservazione

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, Incontra Assicurazioni S.p.A. avrà cura di conservare i dati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria e procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

In applicazione di questi criteri, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006 e Reg. IVASS 27/2008), di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione applicati da Incontra Assicurazioni:

- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Danni: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso. Decorsi i termini, i dati verranno cancellati o saranno anonimizzati.

5. Ambito di diffusione dei dati

I suoi dati potranno essere trattati:

- da dipendenti della Società debitamente istruiti e autorizzati;
- da soggetti esterni che trattano i dati in qualità di responsabili del trattamento nel nostro interesse per le sole finalità connesse al servizio di liquidazione sinistri.

In particolare i Suoi dati potrebbero essere comunicati ad altri soggetti nel contesto della c.d. catena assicurativa che tratteranno i dati sia in qualità di responsabili che di titolari autonomi. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio. Inoltre potremmo avere l'obbligo legale di comunicare i Suoi dati a enti e organismi pubblici, quali ad esempio Ivass, Consap, Casellario Centrale Infortuni, UIC, Motorizzazione Civile, Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l'adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati. Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Incontra Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – e-mail privacy.incontra.assicurazioni@allianz.it. In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Incontra Assicurazioni garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

7. I diritti sul trattamento dei dati personali

In ogni caso, potrà rivolgersi a Incontra Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – e-mail privacy.incontra.assicurazioni@allianz.it, per l'esercizio dei diritti di accesso, modifica, cancellazione e opposizione di seguito descritti (sanciti dalla Normativa Privacy):

- conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;

- indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di dati personali in questione, degli estremi del Titolare e del responsabile del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, del periodo di conservazione o, se non è possibile, dei criteri per determinarlo;
- aggiornamento, rettifica ovvero integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, l'attestazione che le operazioni richieste sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Inoltre, ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento che la riguardano e il trasferimento dei Suoi dati ad un diverso titolare (c.d. diritto alla portabilità dei dati) e di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o opporsi, in tutto o in parte, (tra gli altri, in relazione a specifici mezzi di comunicazione) al trattamento di dati personali che a riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, fermo restando che la Società non ha in programma di eseguire simili trattamenti

7.a) Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati è illecito, ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali.

RIFERIMENTI NORMATIVI

ARTICOLI DI LEGGE

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1273 c.c.	<p>Accollo</p> <p>Se il debitore e un terzo convengono che questi assuma il debito dell'altro, il creditore può aderire alla convenzione, rendendo irrevocabile la stipulazione a suo favore.</p> <p>L'adesione del creditore importa liberazione del debitore originario solo se ciò costituisce condizione espressa della stipulazione o se il creditore dichiara espressamente di liberarlo.</p> <p>Se non vi è liberazione del debitore, questi rimane obbligato in solido col terzo.</p> <p>In ogni caso il terzo è obbligato verso il creditore che ha aderito alla stipulazione nei limiti in cui ha assunto il debito, e può opporre al creditore le eccezioni fondate sul contratto in base al quale l'assunzione è avvenuta.</p>
1341 c.c.	<p>Condizioni generali di contratto</p> <p>Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.</p> <p>In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.</p>
1342 c.c.	<p>Contratto concluso mediante moduli o formulari</p> <p>Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.</p> <p>Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.</p>

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1891 c.c.	<p>Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta</p> <p>Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.</p>
1892 c.c.	<p>Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave</p> <p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.</p> <p>L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.</p> <p>L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.</p>

1893 c.c.	<p>Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave</p> <p>Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.</p> <p>Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.</p>
1894 c.c.	<p>Assicurazione in nome o per conto di terzi</p> <p>Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.</p>
1899 c.c.	<p>Durata dell'assicurazione</p> <p>L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita (c. ss.).</p>
1923 c.c.	<p>Diritti dei creditori e degli eredi</p> <p>Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.</p> <p>Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.</p>

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

1901 c.c.	<p>Mancato pagamento del premio</p> <p>Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.</p> <p>Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)</p>
1913 c.c.	<p>Avviso all'assicuratore in caso di sinistro</p> <p>L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)</p>
1915 c.c.	<p>Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio</p> <p>L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1913) o del salvataggio perde il diritto all'indennità.</p> <p>Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).</p>
1916 c.c.	<p>Diritto di surrogazione dell'assicuratore</p> <p>L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa,</p>

nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

NORME IN TEMA DI PRESCRIZIONE

2952 c.c. **Prescrizione in materia di assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.