CNP UniCredit Vita S.p.A.
Società facente parte del gruppo CNP Assurances S.A.

Incontra Assicurazioni S.p.A.
In partnership con UniCredit

COPERTURE ASSICURATIVE CREDITOR PROTECTION MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE

A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL AD ADESIONE FACOLTATIVA

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**
- **Informative 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'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo

CNP UniCredit S.p.A. – Società soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A. – Sede Legale: Via Cornalia, 30 – 20124 Milano (ITALIA) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. IVASS n° 580 del 26/5/97 pubblicato sulla G.U. n° 126 del 2/6/97 – Capitale sociale Euro 381.698.529 i.v. – Registro delle Imprese di Milano e C. Fiscale 07084500011 – P. IVA 13362170154 Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00129 – Tel. +39 02 9118.4212 – Fax. +39 02 9118.4061 – info_cnpvita@pec.it – www.cnpvita.it

Incontra Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3 Milano 20145 (Italia) - incontra.assicurazioni@pec.allianz.it; telefono +39027216.1 - Capitale sociale i.v. Euro 5.200.000.00 - Registro delle Imprese di Milano C.F. 02381450101 - P. IVA 05667761000. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni 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 - www.incontraassicurazioni.it

Cara/o Cliente,

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

Di che prodotto si tratta?

***Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito Chirografari Imprese** è la Polizza collettiva ad adesione facoltativa stipulata con le Compagnie (CNP UniCredit Vita e Incontra Assicurazioni) da Unicredit S.p.A, in qualità di Contraente, per conto dei propri clienti, Imprese, che hanno sottoscritto un Finanziamento chirografario presso UniCredit S.p.A.*

È rivolta a tutte le Imprese che intendono assicurarsi un sostegno economico per far fronte agli impegni legati al Finanziamento in caso di eventi imprevisti che possono colpire il collaboratore, socio o dipendente di rilevante importanza e potrebbero compromettere l'attività economica dell'impresa, quali: il Decesso, la sopraggiunta Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Malattia Grave.

Cosa garantisce?

In caso di premorienza, invalidità permanente totale da infortunio o malattia e malattia grave dell'Assicurato, le coperture assicurative acquistate intervengono con il pagamento del debito residuo del Mutuo o Apertura di Credito. A seguito di inabilità totale temporanea da infortunio o malattia e ricovero ospedaliero da infortunio o malattia dell'Assicurato, la copertura assicurativa acquistata interviene invece con il pagamento delle rate del Mutuo o Apertura di Credito in scadenza durante il periodo di inabilità o ricovero.

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

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.

Confidiamo di aver fatto un buon lavoro per rendere più semplice e chiara la lettura e la comprensione della tua polizza e quindi più consapevole la tua decisione di sottoscrivere la polizza.

Condividiamo Nuovi Progetti, siamo qui per Proteggerti.

CNP Vita S.p.A. *Incontra Assicurazioni S.p.A.*

CONTATTI UTILI

CNP vita
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.

Copertura Assicurativa Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito Chirografari Imprese a Premio Unico Anticipato Non Finanziato/Recall ad Adesione Facoltativa

Data di realizzazione del DIP Vita: 25 giugno 2021

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 ad adesione facoltativa di puro rischio dedicata alle Imprese, titolari di un Finanziamento in fase di erogazione da parte di UniCredit S.p.A., che assicura dai rischi derivanti dall'eventuale Decesso di una persona fisica di rilevante importanza per l'Impresa aderente stessa e individuata come Assicurato. L'adesione a questa Polizza è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione collettiva di Ramo Danni commercializzata da Incontra Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto le garanzie danni Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea.

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 Finanziamento erogata da UniCredit, ai beneficiari indicati in Polizza è prevista la liquidazione della seguente prestazione:

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

Il capitale assicurato non può essere superiore a 500.000,00 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 dall'Impresa aderente mediante addebito su conto corrente intrattenuto dalla stessa presso UniCredit S.p.A. In caso di adesione alla polizza non contestuale all'erogazione del finanziamento, è offerta la possibilità all'Impresa Aderente di finanziare il premio tramite i mezzi messi a disposizione dal Contraente.

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 Finanziamento richiesto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre:

a) in presenza di contratti relativi a Finanziamenti di nuova erogazione, dalle ore 24 del giorno di stipula;

b) in presenza di contratti relativi a Finanziamenti in precedenza erogati, dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, a condizione che:

- l'Impresa Aderente abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e versato il relativo Premio unico;
- l'Assicurato abbia compilato il Questionario Medico o, per importo richiesto maggiore a 300.000,00 Euro 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 10 anni, coincide con la durata originaria, o la durata residua in caso fosse già stato erogato, del Finanziamento.

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

Dopo la conclusione del Contratto, in caso di ripensamento, l'Impresa Aderente può esercitare il diritto di Recesso 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

Incontra Assicurazioni

Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo danni - DIP Danni

Compagnia: Incontra Assicurazioni S.p.A. Prodotto: Copertura Assicurativa Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito Chirografari Imprese a Premio Unico Anticipato Non Finanziato/Recall ad Adesione Facoltativa

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?

E' una polizza collettiva ad adesione facoltativa di ramo danni dedicata alle imprese (Aderenti) titolari di un mutuo chirografario o apertura di credito (Finanziamento) erogato da UniCredit S.p.A (Contraente). La polizza copre il rischio di: Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea da infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Malattia Grave che possono colpire la persona designata dall'Impresa (Assicurato). L'adesione alla polizza è subordinata all'adesione congiunta alla collegata polizza collettiva di ramo vita facoltativa commercializzata da CNP UniCredit Vita S.p.A., avente a oggetto la garanzia Decesso.

Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, derivante da Infortunio o Malattia**
  In caso di Sinistro la Società riconosce un importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento (entro il limite massimo di € 500.000 in caso di Malattia/€ 1.000.000 in caso di Infortunio/€ 1.500.000 in caso di infortunio derivante da incidente stradale).
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia**
  In caso di Sinistro la Società riconosce un importo pari alla rata del Finanziamento dopo i primi 30 giorni e successivamente per ciascun periodo di inabilità di 30 giorni (con un massimale di € 2.000,00 per rata indennizzata, massimo 12 rate indennizzate per Sinistro, massimo 48 rate indennizzate in caso di piu' Sinistri).
- ✓ **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**
  In caso di Sinistro per Ricovero Ospedaliero la Società riconosce all'Aderente un importo pari a 3 volte quello della rata del Finanziamento dopo i primi 7 giorni di ricovero e successivamente per ciascun periodo di ricovero continuativo di 30 giorni (con un massimo di € 6.000,00 per rata indennizzata).
  Sono previste massimo 12 rate indennizzate per Sinistro e 48 rate indennizzate in caso di più sinistri.
- ✓ **Malattia Grave (Tumore maligno, cardiopatia coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale, coma, paralisi degli arti, sclerosi multipla, 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 pemanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%)**
  In caso di Sinistro la Società riconosce un indennizzo pari al Capitale Residuo del Finanziamento (con un massimale di € 500.000).

E' assicurato il soggetto, persona fisica, indicato nel Modulo di Adesione.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non abbiano ancora compiuto diciotto anni;
- ✗ abbiano un'età pari o superiore ai settantacinque anni alla data di scadenza del Finanziamento;
- ✗ non abbiano compilato il Questionario medico o fornito il Rapporto di Visita medica;
- ✗ non siano stati ammessi alla copertura assicurativa dalla Società, una volta esaminate le risposte rese nel Rapporto di Visita Medica e la documentazione sanitaria eventualmente allegata;
- ✗ non siano residenti in Italia.

Ci sono limiti di copertura?

- ! **Principali esclusioni garanzie Invalidità Permanente Totale e Ricovero Ospedaliero:**
  pratica di alcuni sport estremi, uso di stupefacenti o allucinogeni, etilismo, abuso di psicofarmaci, parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi.
- ! **Principali esclusioni garanzia Inabilità Totale Temporanea:**
  mal di schiena e patologie assimilabili se non comprovate da esami radiologici e clinici; pratica di alcuni sport estremi; uso di stupefacenti o allucinogeni, etilismo, abuso di psicofarmaci, parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi.
- ! **Altre limitazioni garanzia Invalidità Permanente Totale:**
  per essere indennizzabile, l'Invalidità Permanente Totale 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.
- ! **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.

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

In sede di sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere Il Questionario Medico. 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 perdita totale del diritto di percepimento dell'Indennizzo da parte dell'Aderente, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione con rimborso del Premio non goduto.

Quando e come devo pagare?

- L'Aderente è tenuto a versare alla Società, per il tramite del Contraente, il Premio complessivo, per tutta la durata dell'Assicurazione, indicato nel Modulo di Adesione, in via anticipata e in unica soluzione. Il Premio complessivo è comprensivo di imposte.
  Il pagamento del Premio da parte dell'Aderente al Contraente avviene mediante addebito sul Conto Corrente a lui intestato o cointestato intrattenuto presso il Contraente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura decorre dalle ore 24:00 del pagamento del Premio e termina alle ore 24:00 della stessa data in cui termina il Finanziamento. Tutte le coperture riconducibili alla Malattia sono soggette a un periodo di carenza di 60 giorni, ad eccezione della garanzia Malattia Grave che è soggetta a un periodo di carenza di 90 giorni.
- La copertura cessa prima della sua naturale scadenza in caso di anticipata estinzione totale, accollo, surroga, se prevista dal Contraente, del Finanziamento (salvo che l'Aderente decida di mantenere in vigore la copertura), decesso dell'Assicurato, liquidazione dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente Totale e per Malattia Grave, cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Aderente.

Come posso disdire la polizza?

- L'Aderente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione secondo le modalità previste dal contratto.
- L'Aderente può altresì recedere annualmente dall'Assicurazione con preavviso di 60 giorni secondo le modalità previste dal contratto.

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.

Copertura Assicurativa Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito Chirografari Imprese a Premio Unico Anticipato Non Finanziato/Recall ad Adesione Facoltativa

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 Aderente a capire nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale delle Compagnie.

L'Aderente 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/chisiamo/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
non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ramo Danni
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.)

La copertura Assicurativa Decesso non è operante nei seguenti casi:

• 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 ventiquattro mesi dalla decorrenza della garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse decedere dopo essere stato liquidato dell'indennizzo in seguito al riconoscimento da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A. di sopraggiunta Malattia Grave e/o Invalidità Totale Permanente da Infortunio, nulla è dovuto ai beneficiari in quanto il Contratto si è risolto al momento della liquidazione in virtù della Polizza Danni.

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)

L'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è dovuto in riferimento agli Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario

Medico.

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

• 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, hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo e alpinismo;
• partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
• 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;
• partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
• guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
• esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti ai lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
• 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;
• uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri.

Esclusioni garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (in aggiunta a quelle già elencate nel DIP Danni)

L'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è dovuto in riferimento a Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico.

Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia causata da:

• 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;
• esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti ai lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
• 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, hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo, alpinismo;
• partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
• 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;
• 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;
• uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri.

Altre limitazioni garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortuno o Malattia

Periodo di Franchigia garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia: l'Indennizzo è soggetto ad un Periodo di Franchigia pari a 30 giorni. Pertanto, in caso di sinistro, il primo Indennizzo (pari ad una rata) è corrisposto soltanto nel caso in cui lo stato di inabilità perduri per almeno 30 giorni dopo la Data del sinistro. Per "Data del sinistro" si intende la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, come risultante da certificazione medica attestante la stessa. Qualora l'Assicurato, entro 90 giorni dalla ripresa della propria normale attività lavorativa successivamente ad un periodo di Inabilità Totale Temporanea, subisca una nuova Inabilità Totale Temporanea:

· se derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore Periodo di Franchigia;

· se derivante da diverso Infortunio o da diversa Malattia, il Sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà applicato quindi, come previsto, il Periodo di Franchigia pari a 30 giorni.

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

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento agli Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico.

Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia causato da:

• 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;
• esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti ai lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
• 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, hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo, alpinismo;
• partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
• 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;
• 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;
• uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri.

Altre limitazioni garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

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.

Periodo di Riqualificazione garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni consecutivi.

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

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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico.

Sono altresì 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 o di volere da esso stesso procurato;
• 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;
• 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;
• Malattie tropicali.

Altre limitazioni garanzia Malattia Grave

Nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40% rimangono operanti le esclusioni previste per la garanzia Invalidità Permanente Totale.

Limitazioni congiunte Ramo Vita e Ramo Danni

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 Permanente Totale da Infortunio o Malattia o alla copertura Malattia Grave, 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 Permanente Totale da Infortunio o Malattia o Malattia Grave, Incontra Assicurazioni S.P.A. proseguirà con la valutazione del Sinistro aperto e, qualora liquidabile, sarà riconosciuto all'Aderente l'Indennizzo. Resta inteso che in caso di pagamento della prestazione da parte di Incontra Assicurazioni S.P.A. il Contratto relativo alla copertura assicurativa Decesso s'intende risolto e nulla sarà dovuto a fronte dell'evento morte da CNP UniCredit Vita S.P.A. ai Beneficiari. In caso di mancato indennizzo dell'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia o della Malattia Grave, 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, Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia o Malattia Grave non sono cumulabili tra loro.

Che obblighi ho? Quali obblighi hanno le Imprese?

Cosa fare in caso di Sinistro?	**Denuncia di Sinistro:** **RAMO VITA** I sinistri relativi alla Polizza Vita per la Copertura Decesso devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi causa rivolgendosi direttamente al Contraente (la Banca) o per iscritto alla Compagnia mediante raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito: via Cornalia n. 30, 20124 Milano. A supporto è possibile 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 dei 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 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.

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 trenta giorni dalla data di ricevimento della stessa; di conseguenza eventuali richieste incomplete possono comportare un allungamento nei tempi complessivi di liquidazione.

RAMO DANNI (Copertura fornita 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, ai seguenti recapiti, 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; accedendo al sito: https://www.clpnet.com/customer/homeincontrait; tramite l'Area Riservata del sito Incontraassicurazioni.it.

Alla denuncia di Sinistro va allegata la seguente documentazione:

- 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;
- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea). In caso di mal di schiena e patologie assimilabili vanno altresì allegati alla denuncia di Sinistro i relativi esami radiologici e clinici. Una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi 30 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 all'Impresa entro 60 giorni dalla fine del periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro.
- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificato medico di ricovero ospedaliero e copia della cartella clinica; 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).
- Malattia Grave: copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione di un medico attestante la diagnosi di Malattia Grave assistita dalla relativa documentazione sanitaria. Nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30%, ma inferiore al 40%, dovrà essere prodotta la stessa documentazione prevista per il caso di Invalidità Permanente Totale.

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. **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.
	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. **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.
	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. **Ramo Danni**: la Società ha incaricato la società **AXA FRANCE IARD** per la gestione dei Sinistri relativi alle garanzie di ramo danni.
	Assistenza diretta/in convenzione non sono previste prestazioni fornite direttamente da enti/strutture convenzionate con le Compagnie.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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. 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). Nello specifico: 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	**Ramo Vita**: Il Premio relativo alla copertura Decesso non prevede imposte. Non è prevista la possibilità di frazionamento del Premio. **Ramo Danni**: i Premi relativi alle coperture Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Malattia Grave sono comprensivi di imposte. Non è prevista la possibilità di frazionamento del Premio.

Rimborso	**Ramo Vita:** l'Impresa aderente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto, nei seguenti casi: • Recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Polizza; • Anticipata estinzione parziale o totale del Finanziamento, accollo del Finanziamento o trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga; • Cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa aderente. **Ramo Danni**: l'Aderente ha diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto nei seguenti casi: • Recesso (sia entro 60 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione - con rimborso del premio pagato al netto delle imposte, se già versate - che annuale - con diritto alla restituzione del premio in proporzione degli anni mancanti alla scadenza delle coperture, al netto delle imposte); • Estinzione totale o parziale/accollo/surroga, se prevista dal Contraente, del Finanziamento; • Cessazione dell'Assicurazione in seguito ad inesattezze e reticenze relative alla compilazione del Questionario Medico.
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	**Ramo Vita**: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Ramo Danni**: durante l'eventuale periodo di preammortamento del Finanziamento saranno operanti soltanto le garanzie Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e Malattia Grave; le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia non saranno operanti ma per le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Malattia e Ricovero Ospedaliero da Malattia decorrerà comunque il Periodo di Carenza.
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	La comunicazione di recesso iniziale potrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure darne comunicazione con lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente. Sarà cura del Contraente darne comunicazione alle Compagnie che provvederanno, per il tramite del Contraente, al rimborso del premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso. La comunicazione di recesso sarà efficace su entrambe le coperture, Vita e Danni. **Ramo Danni:** la comunicazione di recesso annuale potrà essere effettuata tramite la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso la Filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure darne comunicazione con lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima ovvero in modalità elettronica con la modalità resa disponibile dal Contraente.
Risoluzione	Non è prevista la facoltà dell'Aderente di risolvere l'Assicurazione sospendendo il pagamento dei Premi.

A chi è rivolto questo prodotto?

È una Polizza collettiva ad adesione facoltativa stipulata da Unicredit S.p.A., in qualità di Contraente, per conto dei propri clienti, Imprese, che siano titolari di un conto corrente presso UniCredit S.p.A. e hanno sottoscritto un Finanziamento, di durata non superiore a 120 mesi, presso la stessa.

È rivolta a tutte le Imprese, con residenza fiscale in Italia, che intendono assicurarsi un sostegno economico per far fronte agli impegni legati al Finanziamento in caso di eventi imprevisti quali: il Decesso, la sopraggiunta Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, la Malattia Grave di un dipendente, socio, collaboratore, di

particolare rilevanza per l'Impresa stessa.

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, mentre l'età alla scadenza del Mutuo deve essere inferiore al giorno di compimento del 75° anno.

Quali costi devo sostenere?

Il presente Contratto non è soggetto ad alcuna spesa di emissione.

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

- per la **Polizza Ramo Vita** sono pari al 47,50% del premio (su tale premio non sono previste imposte);
- per la **Polizza Ramo Danni** sono pari al 42,90% del premio imponibile (al netto delle imposte di legge).

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 40,00% del premio;
- alla **Polizza Ramo Danni** è pari al 40,00% 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	**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 **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: Incontra Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, e-mail reclami.incontra.assicurazioni@allianz.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e codice fiscale (o partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. 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 normativa regolamentare. 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. 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.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, l'esponente potrà rivolgersi a: **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: www.ivass.it) I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: 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 o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE, QUALI:	
Mediazione	Interpellando, con l'assistenza di tramite 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 (nel caso di richieste/domande inerenti le Garanzie Danni prestate dalla stessa) o di CNP Vita (nel caso di richieste/domande inerenti la Garanzia Vita prestata dalla stessa). **Il preventivo ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale**.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato di fiducia a Incontra Assicurazioni (nel caso di richieste/domande inerenti le Garanzie Danni prestate dalla stessa) o a CNP Vita (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).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato** 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. **Liti Transfrontaliere** **Ramo Vita** Per la risoluzione della lite transfrontaliera 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-andfinance/consumerfinance-and-payments/retail-financial-services/financial-disputeresolution-network-finnet_it e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera. **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-andfinance/consumerfinance-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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	**REGIME FISCALE DEI PREMI - Ramo Vita** 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. 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, il presente Contratto consente la detrazione fiscale del premio solo per l'anno in cui è stato effettuato il pagamento. **REGIME FISCALE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE** Le somme corrisposte relativamente alle prestazioni assicurate dal presente Contratto sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. **TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE** 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. **DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO** 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. Per una corretta e univoca designazione del Beneficiario, si consiglia all'Aderente 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. le somme liquidate dalla Compagnia in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni. **REGIME FISCALE DEI PREMI - Ramo danni** **Imposta sul Premio**: 2,5% su tutte le garanzie **Detrazione fiscale del Premio a fini Irpef:** In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Imprese che hanno stipulato un contratto di finanziamento con la Banca Contraente, per l'eventuale trattamento fiscale del premio si rimanda alla normativa di riferimento tempo per tempo vigente.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO, LE IMPRESE HANNO L'OBBLIGO 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 CNP UNICREDIT VITA HA L'OBBLIGO 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.

CNP vita
Partner di UniCredit

COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL AD ADESIONE FACOLTATIVA

Ed. 12/2022

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 9

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 - BENEFICIARIO 9

Art. 12 - DENUNCIA DI SINISTRO 9

Art. 13 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 10

ALTRE NORME

Art. 14 - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 11

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 SEQUESTRABILITÀ 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 Finanziamento

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

ALLEGATO 3 Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di cessazione del rapporto di

collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente

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 alle Coperture Assicurative 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 o del Debito Residuo in caso fosse stato erogato precedentemente 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 Premio.
- **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.
- **Finanziamento:** il Mutuo chirografario o l'Apertura di Credito
- **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 dall'Impresa 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 40%.
- **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'Impresa aderente e dall'Impresa aderente, 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:** I corrispettivi che il Contraente deve pagare alla Compagnia per ottenere la copertura 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: giugno 2021

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 Finanziamento che l'Impresa aderente 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, l'**Assicurato** e l'**Impresa Aderente.**

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: la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicata dall'Impresa stessa, che ha aderito alla Copertura assicurativa sottoscrivendo l'apposito Modulo di Adesione, e per la quale sia stato corrisposto il relativo Premio.

Impresa aderente: la società che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente, nonché beneficiaria delle prestazioni.

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.

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 all'Impresa aderente 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 Finanziamento 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'Impresa aderente e 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;
- **Inabilità Temporanea e Totale (ITT)** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- **Ricovero Ospedaliero (RO)** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- **Malattia Grave (MG)** dell'Assicurato.

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

Esempio
La Compagnia Danni liquida all'Impresa aderente il Debito Residuo del Finanziamento, a seguito di una condizione di Invalidità Totale Permanente (ITP) dell'Assicurato accertata al 40%.
Se l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla liquidazione dell'ITP, CNP UniCredit Vita NON riconoscerà alcuna prestazione all'Impresa aderente, 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 all'Impresa aderente qualora la precedente richiesta di liquidazione per Invalidità Totale Permanente fosse stata rifiutata dalla Compagnia Danni.

Premio: il corrispettivo dovuto alla Compagnia dall'Impresa Aderente, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione 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.

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 Finanziamento erogato all'Impresa o al debito residuo al momento dell'adesione alla polizza abbinata a finanziamento già

precedentemente erogato (Capitale Assicurato iniziale) **e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Debito Residuo del Finanziamento stesso.**

Ai fini della determinazione del Debito Residuo del Finanziamento 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 Finanziamento erogato all'Impresa o il debito residuo al momento dell'adesione alla polizza abbinata a finanziamento già precedentemente erogato fosse superiore alla somma di Euro 500.000,00 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 Finanziamento richiesto all'Impresa per la presente Polizza.

Art. 2 PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

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

a. sia un collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, indicato dall'Impresa stessa, la quale abbia stipulato un Finanziamento 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.

Ciascun Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui sopra e deve essere indicato nel Modulo di Adesione.

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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.

- **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'Impresa aderente, è ammesso alla Copertura assicurativa la persona fisica collaboratore, socio o dipendente di rilevante importanza per l'Impresa aderente che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato/Impresa aderente e per la Banca).
La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa aderente 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, Ricovero Ospedaliero e Inabilità Totale Temporanea da Infortunio/Malattia dell'Assicurato.

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

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.

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

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'Impresa aderente.
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 Finanziamento, 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 Finanziamento o la data di decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione Recal intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia, 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 Finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e della presentazione della documentazione sanitaria richiesta.

Nel caso la stipula del Finanziamento 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'Impresa e dell'Assicurato.
Per ciascun Assicurato la Copertura Assicurativa decorre:

a. in presenza di contratti relativi a Finanziamenti di nuova erogazione, dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento;
b. in presenza di contratti relativi a Finanziamenti già erogati, dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, 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 delle Coperture Assicurative, la Banca invierà all'Impresa specifica comunicazione nella quale vengono indicate le coperture assicurative sottoscritte e la facoltà, in capo alla stessa Impresa, 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 10 anni (120 mesi),** coincide con la durata originaria del Finanziamento, comprensiva di un eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi, o quella residua nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati.
La durata del Finanziamento 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 Finanziamento 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 Finanziamento;
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

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

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

Malattia corrisposti da Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni, collegata al medesimo Finanziamento di cui al presente Contratto, stipulata dalla Banca con Incontra Assicurazioni S.p.A.;

d. **accollo** del Finanziamento 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. comunicazione di interruzione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Impresa e l'Assicurato e mancata sostituzione di quest'ultimo con altro soggetto;
h. 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'Impresa, 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 **Beneficiari** designati dall'Impresa aderente.

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.

Beneficiari: Impresa che aderisce alla polizza collettiva.

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.

- **Cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa**

Nel caso in cui un Assicurato cessi qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, quest'ultima deve darne tempestivamente comunicazione alla Compagnia, per il tramite del Contraente.
In mancanza di tale comunicazione la Copertura Assicurativa continua a essere operante per l'Assicurato originariamente indicato.

A fronte del ricevimento della comunicazione, la Compagnia procederà con la cessazione della copertura assicurativa e rimborserà, per il tramite della Banca, il rateo di Premio versato e non goduto, calcolato a decorrere dalla data di ricevimento della stessa, secondo la formulazione riportata nell'Allegato 3.
L'importo verrà corrisposto dalla Compagnia, entro 30 giorni e per il tramite della Banca, che lo imputerà a credito dell'Impresa aderente.

Art. 5 DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Impresa aderente per uno o più assicurati può recedere dal presente Contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, recandosi presso la filiale della Banca dove intrattiene il Finanziamento al momento dell'esercizio del diritto e compilando l'apposito modulo oppure a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la filiale stessa. La Filiale 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'Impresa per il tramite della Banca **nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di Recesso.**

In caso di più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, il Recesso dal Contratto di Assicurazione da parte dell'Impresa in relazione ad uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione del Contratto di Assicurazione a favore degli altri Assicurati.

Il diritto di Recesso esercitato da parte dell'Impresa aderente:

- in relazione alle coperture assicurative DANNI, collegate al medesimo Finanziamento, 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'Impresa aderente secondo le modalità indicate nel presente articolo.
- in relazione alla presente copertura assicurativa, fa cessare anche le coperture assicurative DANNI collegate al medesimo Finanziamento, al quale segue il rimborso all'Impresa aderente 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 Finanziamento**
  In caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento 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'Impresa aderente.

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

In caso di surroga, accollo o estinzione anticipata totale del Finanziamento 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 o Malattia Grave da parte di Incontra Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni sottoscritta dall'Impresa aderente 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'Impresa aderente.

- **Mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata parziale o totale del Finanziamento**

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'Impresa aderente può richiedere - senza restituzione di alcuna quota di premio - il mantenimento delle prestazioni in essere al momento dell'estinzione anticipata, parziale o totale, del Finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio.
L'Impresa aderente 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.
La Banca trasferirà l'informazione alla Compagnia secondo le modalità con la stessa concordate.
L'eventuale scelta dell'Impresa 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'Impresa aderente, 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 dia-gnostici, 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 è pagato dall'Impresa alla Compagnia in forma unica e anticipata per il tramite del Contraente. **Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la medesima Banca.** In caso di adesione alla polizza non contestuale all'erogazione del finanziamento, è offerta la possibilità all'Impresa di finanziare il premio tramite i mezzi messi a disposizione dal Contraente (è a oggi prevista la possibilità per l'Impresa di pagare il premio della polizza sottoscritta a protezione di un finanziamento già erogato tramite un ulteriore finanziamento ad hoc).

La determinazione del Premio dipende dal Tasso di premio, dalla durata della Copertura Assicurativa espressa in mesi e dall'Importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa aderente, come da formula a seguito indicata:

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

Dove:
T = tasso mensile finito pari a 0,0300%
IR = Importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a

finanziamenti già precedentemente erogati
N = numero di mesi interi di durata contrattuale.

Esempio
Relativamente alla Copertura assicurativa Vita, se stipuliamo una Polizza che assicura un Finanziamento 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 3.600,00.

Nel caso in cui l'importo del Finanziamento richiesta dall'Impresa o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati fosse superiore al limite di Euro 500.000,00, 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 Finanziamento rispetto ai termini originariamente convenuti, la Compagnia restituisce all'Impresa, 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 Finanziamento)

oppure

- in virtù della riduzione del Capitale assicurato (in caso di anticipata estinzione parziale del Finanziamento) 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'Impresa aderente.

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

% COSTI COMPLESSIVI	47,50%

Esempio
Relativamente alla Copertura assicurativa Vita, pagando un Premio unico di Euro 3.600,00 per una Polizza che assicura per 10 anni un Finanziamento di Euro 100.000, dobbiamo tener conto dei costi complessivi che ammontano a Euro 1.710,00.

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 500.000,00 Euro, importo massimo del Finanziamento richiesto dall'Impresa o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati, 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 Finanziamento richiesto dall'Impresa per la presente Polizza. In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo maggiore di 500.000,00 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 Malattia Grave o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 11 BENEFICIARIO

Beneficiario della prestazione caso morte è l'Impresa aderente.

Nel corso della durata contrattuale l'Impresa - con il consenso scritto dell'Assicurato può revocare o modificare la designazione del Beneficiario inviando una comunicazione scritta alla Compagnia.

Il Beneficiario non potrà peraltro configurarsi, né in fase di sottoscrizione, né quale conseguenza di successiva modifica, nell'Intermediario del presente Contratto.

Il pagamento della Prestazione Assicurata verrà quindi eseguito dalla Compagnia nei confronti del/dei Beneficiario/i dell'Assicurazione designato/i, e avrà piena efficacia liberatoria a favore della Compagnia stessa in relazione agli obblighi assunti da quest'ultima in base alla Polizza Collettiva.

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;
- 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 NOTORIETA' 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.

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.

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'Impresa aderente e 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'Impresa aderente e 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.

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

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

Le Coperture assicurative hanno 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.

Data di aggiornamento: dicembre 2022

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

In caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento 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 Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il Capitale erogato o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati (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]*(1-Cest/DR)
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = CE*(P1/P0)
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = H[1]*(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 o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati, 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*(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 €	100.000,00 €
Premio unico anticipato	3.600,00 €	3.600,00 €
Premio puro anticipato	1.890,00 €	1.890,00 €
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	1.710,00 €	1.710,00 €
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito residuo	81.552,04 €	21.614,72 €
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 €	10.000,00 €
Importo da rimborsare	**637,89 €**	**196,03 €**

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

Durata del Finanziamento	120	120
Capitale Assicurato iniziale	100.000,00 €	100.000,00 €
Premio unico anticipato	3.600,00 €	3.600,00 €
Premio puro anticipato	1.890,00 €	1.890,00 €
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	1.710,00 €	1.710,00 €
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 €	10.000,00 €
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 €	90.867,35 €
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 €	80.867,35 €
Premio puro anticipato riproporzionato	1.682,00 €	1.682,00 €
Costi complessivi riproporzionati	1.521,81 €	1.521,81 €
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 €	88.994,95 €
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 €	46.698,59 €
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	20.000,00 €	10.000,00 €
Importo da rimborsare	**596,87 €**	**257,44 €**

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

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

In caso di surroga, accollo o estinzione anticipata totale del Finanziamento 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:

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

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il Capitale erogato o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati (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]*(1-Cest/DR)
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = CE*(P1/P0)
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = H[1]*(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, surroga o accollo (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = Capitale erogato o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati, 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*(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 totale senza estinzione parziale precedente

Durata del Finanziamento	120	120
Capitale Assicurato iniziale	100.000,00 €	100.000,00 €
Premio unico anticipato	3.600,00 €	3.600,00 €
Premio puro anticipato	1.890,00 €	1.890,00 €
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	1.710,00 €	1.710,00 €
Durata del periodo di garanzia goduto	24	96
Debito residuo	81.552,04 €	21.614,72 €
Importo da rimborsare	**2.601,07 €**	**423,70 €**

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

Durata del Finanziamento	120	120
Capitale Assicurato iniziale	100.000,00 €	100.000,00 €
Premio unico anticipato	3.600,00 €	3.600,00 €
Premio puro anticipato	1.890,00 €	1.890,00 €
Costi complessivi sul Premio unico anticipato	1.710,00 €	1.710,00 €
Periodo goduto alla prima estinzione parziale	12	12
Importo dell'estinzione anticipata parziale versato	10.000,00 €	10.000,00 €
Capitale assicurato prima dell'estinzione parziale	90.867,35 €	90.867,35 €
Capitale assicurato successivo a estinzione parziale	80.867,35 €	80.867,35 €
Premio puro anticipato riproporzionato	1.682,00 €	1.682,00 €
Costi complessivi riproporzionati	1.521,81 €	1.521,81 €
Capitale iniziale riproporzionato	88.994,95 €	88.994,95 €
Durata del periodo di garanzia goduto	36	60
Debito residuo	64.121,24 €	46.698,59 €
Importo da rimborsare	**1.913,59 €**	**1.202,21 €**

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

ALLEGATO 3
Rimborso ratei di Premio pagati e non goduti in presenza di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente

In caso di cessazione del rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Impresa aderente, 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:

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

Nel caso in cui siano intervenute in precedenza ulteriori estinzioni parziali del Finanziamento, e queste abbiano comportato rimborsi di parte del Premio e riduzioni proporzionali della prestazione assicurativa, l'importo del premio (PPU), il Capitale erogato o l'ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati (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]*(1-Cest/DR)
- CE (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = CE*(P1/P0)
- H (riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale) = H[1]*(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, surroga o accollo (pari al Capitale assicurato in quel momento in essere).
- CE = Capitale erogato o ammontare del Debito Residuo alla decorrenza della Copertura Assicurativa nella versione abbinata a finanziamenti già precedentemente erogati, 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*(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.

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

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 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 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, data 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 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, 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 dritto 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 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 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 dritto 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/.

CNP vita
Partner di UniCredit

QUESTIONARIO MEDICO PER COPERTURA ASSICURATIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA ABBINABILE A CPI MUTUI CHIROGRAFARI IMPRESE

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 ☐ No ☐
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 ☐ No ☐
4. L'Assicurando ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subìto interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?	
4.1. MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI: • 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 ☐ No ☐
4.2. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO: • 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 ☐ No ☐
4.3. MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO: • 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 ☐ No ☐
4.4. MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOSCHELETRICO: • lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.	Sì ☐ No ☐
4.5. MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE: • 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 ☐ No ☐
4.6. MALATTIE DELL' APPARATO URO-GENITALE: • insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.	Sì ☐ No ☐
4.7. MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE: • 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 ☐ No ☐
4.8. MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO: • glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva,	Sì ☐ No ☐

neurinoma, maculopatia degenerativa.	
4.9. MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO: • 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 ☐ No ☐
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) OPPURE 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?	Sì ☐ No ☐

- **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 E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL AD ADESIONE FACOLTATIVA

Dati Finanziamento Domanda di Mutuo/Apertura di Credito n° _____
Dati dell'Impresa Ragione Sociale dell'Impresa _____ Partita IVA/Codice Fiscale _____
Dati Assicurato Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
Dati Copertura Assicurativa Durata/Durata residua del Mutuo o Apertura di credito in mesi _____ Importo richiesto/Debito Residuo del Mutuo o Apertura di credito: Euro _____
Premio unico anticipato Euro _____
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) Euro _____
Provvigioni percepite dall'Intermediario 40,00% del premio pari a Euro _____

FAC-SIMILE

LA SOTTOSCRITTA IMPRESA 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. 910821 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. una Polizza Collettiva Danni. Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo/Apertura di Credito con la Banca medesima e l'adesione alle stesse è facoltativa.

L'adesione alla Polizza comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche alla Polizza Collettiva Danni 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/Apertura di credito, in presenza di Mutui o Aperture di Credito di nuova erogazione;

-dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa e dell'Assicurato, in presenza di Mutui o

Aperture di Credito già erogati.

C) Nel caso in cui l'importo del debito residuo alla data di sottoscrizione, oppure l'importo erogato in presenza di Mutui o Aperture di credito di nuova erogazione fosse superiore alla somma di Euro 500.000,00 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.

DICHIARA che intende, da subito o in caso di accoglimento della domanda di Mutuo/Apertura di credito N° _____(la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), alla Copertura Assicurativa per il caso di morte, a fronte di apposita Polizza che UniCredit S.p.A. ha stipulato con CNP UniCredit Vita S.p.A.

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa*

*Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa.

SI IMPEGNA al pagamento presso UniCredit S.p.A. del premio assicurativo a favore di CNP UniCredit Vita S.p.A. calcolato in base all'importo del debito residuo, fermo restando i limiti di capitale massimo assicurabile di cui al precedente punto C), e alla durata residua del Mutuo o dell'Apertura di credito. In presenza di Mutui o Apertura di credito di nuova erogazione il Premio assicurativo è calcolato in base all'importo richiesto e alla durata del Mutuo/Apertura di credito indicati nella Domanda di Mutuo/Apertura di credito. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo;

DESIGNA come Assicurato la persona indicata nel frontespizio del presente Modulo di Adesione;

DESIGNA l'Impresa stessa quale Beneficiario per la Copertura Caso Morte;

AUTORIZZA *UniCredit S.p.A. a trasmettere a CNP UniCredit Vita S.p.A. le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo/Apertura di credito, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza.*

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa*

*Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa.

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 CNP UniCredit Vita S.p.A. dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto di 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, esattezza e completezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo/Apertura di credito intervengono 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) di essere consapevole che anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto della modalità assuntiva prevista, posso 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

FAC-SIMILE

Partner di UniCredit

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Impresa 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 di Assicurazione;

2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007) è obbligata 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 con l'impresa e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;

3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione, consegnate unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificatamente - 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 (Cessazione dei diritti); prende atto che le Condizioni di Assicurazione sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A.

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa*

*Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

DICHIARAZIONE

- **L'Impresa e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo - redatto ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento Informativo Precontratturale 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 di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dell'Informativa sulla privacy. Prendono atto inoltre che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositato e a loro disposizione presso la sede del Contraente (la Banca).**
- **L'Impresa 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 Legale Rappresentante dell'Impresa*

*Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

Firma Assicurato

FAC-SIMILE

Partner di UniCredit

Consenso al trattamento dei dati personali

Gli interessati (Legale Rappresentante e Assicurato), dichiarano 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.
Prendono 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

Il Legale Rappresentante dell'Impresa*

*Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri di firma per impegnare l'Impresa

Firma Assicurato

FAC-SIMILE

COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI

a Premio Unico Anticipato Non Finanziato/Recall ad Adesione Facoltativa

COMPONENTE DANNI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Codice Prodotto 40129 - V1 - Ed. 12/2023

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

Incontra
Assicurazioni

Incontra ASSICURAZIONI

INDICE	PAGINE

GLOSSARIO	1 di 27
1.NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 27
2.SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	8 di 27
3.SEZIONE INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA	10 di 27
4.SEZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA	13 di 27
5.SEZIONE MALATTIA GRAVE	16 di 27
6.NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	18 di 27
SINTESI DEI LIMITI E DELLE FRANCHIGIE	24 di 27
Allegato 1 -Tabella INAIL delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente (D.P.R. 30/06/65 n. 1124)	25 di 27
Allegato 2 – Formula di rimborso del Premio	26 di 27

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:

Aderente
l'impresa intestataria di un Finanziamento erogato da UniCredit S.p.A. che abbia aderito facoltativamente alla presente Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e beneficiaria delle prestazioni previste dal contratto;

Ammortamento
modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di Finanziamento;

Apertura di credito chirografaria
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Aderente non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Aderente, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Aderente potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma messa a disposizione dovrà essere restituita dall'Aderente al Contraente secondo un piano di Ammortamento predeterminato;

Assicurato
la persona fisica, residente in Italia, che ricopre il ruolo di collaboratore, socio o dipendente di rilevante importanza per l'Aderente, da quest'ultimo designata nel Modulodi Adesione;

Assicurazione
il contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto;

Capitale Iniziale Assicurato
il capitale che viene indicato nel Modulo di Adesione in occasione dell'adesione alla Polizza Collettiva;

Capitale Residuo
Il debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, calcolato in base al piano di Ammortamento, al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Nel caso di Finanziamento con periodo di preammortamento:

a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'importo finanziato; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo finanziato;
b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, calcolato in base al piano di ammortamento 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 Aderenti;

Finanziamento
il Mutuo chirografario o l'Apertura di credito chirografaria;

Importo erogato
l'importo del Mutuo erogato o l'importo concesso all'Apertura di credito, dal Contraente all'Aderente;

Importo richiesto
l'importo del Mutuo o Apertura di Credito richiesto dall'Aderente al Contraente;

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia
la perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

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 le quali abbiano per conseguenza l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio, il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o l'Invalidità Permanente Totale da Infortunio.
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 presente Polizza Collettiva;

Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia
la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile, di grado pari o superiore al 40%, della capacità ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta dall'Assicurato;

Istituto di Cura
ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di Legge, 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 dietologhe ed estetiche;

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private;

Malattia
l'alterazione dello stato di salute, clinicamente diagnosticabile, 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 Clarcke, 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 by-pass 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 cardiacotipico;
   2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
   3)modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
d) **Ictus cerebrale:** Accidente cerebrovascolare dovuto a emorragia o a 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 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) **Coma:** lo stato di incoscienza con assenza di reazione agli stimoli esterni o interni, persistente e accompagnato dall'utilizzo di sistemi di supporto vitale per un periodo di almeno 72 ore, producendo un deficit neurologico permanente irreversibile. Non è considerato Coma lo stato di

incoscienza indotto farmacologicamente;

h) **Paralisi degli arti:** perdita totale e irreversibile delle funzioni muscolari della totalità di uno qualsiasi dei due arti. La condizione deve essere confermata da un consulente neurologo e da esami di imaging;

i) **Sclerosi multipla:** malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Deve essere riscontrato un deterioramento clinico attuale della funzione sensoria o motoria, che deve essersi protratto per un periodo continuo di almeno 6 mesi. La diagnosi deve essere inequivocabile e deve essere emessa da uno specialista. La diagnosi è basata su tecniche di indagine come l'imaging, l'analisi del fluido cerebrospinale e i potenziali evocati;

j) **Qualsiasi altra Malattia che causi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%.**

Modulo di Adesione
il modulo sottoscritto dall'Aderente mediante il quale lo stesso aderisce alla Polizza Collettiva;

Mutuo chirografario
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Aderente avente per oggetto la concessione all'Aderente, da parte del Contraente, di un Finanziamento a medio e lungo termine non garantito da ipoteca su immobili;

Periodo di carenza
il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24:00 della data di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Malattia e Malattia Grave non sono operanti;

Periodo di franchigia
il periodo di tempo per il quale deve protrarsi l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malatta o il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Aderente abbia diritto all'Indennizzo sia per il caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, sia per il caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia;

Periodo di riqualificazione
il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima che possa essere presentata un'ulteriore denuncia relativa alla medesima garanzia;

Polizza Collettiva
il contratto stipulato tra la Società e il Contraente per conto degli Aderenti;

Premio
con riferimento a ciascun Aderente che aderisce alla Polizza Collettva, la somma dovuta alla Società in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico
Il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurato atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

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

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

La Copertura Assicurativa Creditor Protection Mutui e Aperture di credito Chirografari Imprese è un'Assicurazione per la protezione di un Finanziamento concesso da UniCredit S.p.A. all'Aderente e che prevede l'adesione facoltativa alle Polizze Collettive stipulate per conto degli Adeterenti dal Contraente con Incontra Assicurazioni S.p.A. per le coperture Danni e con CNP Vita S.p.A, per le coperture Vita. L'adesione può avvenire solo contestualmente per tutte le coperture Danni e Vita previste dal prodotto, che pertanto non possono essere acquistate separatamente.

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione in relazione a ciascuna adesione
Per ciascun Aderente l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e che sia stato pagato il relativo Premio alla Società.
Durante l'eventuale periodo di preammortamento del Finanziamento saranno operanti soltanto le garanzie Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e Malattia Grave; le garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia non saranno operanti, ma per tali garanzie decorrerà comunque il Periodo di Carenza

Art. 1.2 - Durata e cessazione dell'Assicurazione in relazione a ciascuna adesione
Per ciascun Aderente l'Assicurazione ha durata pari alla durata del Finanziamento (compreso l'eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi) con un massimo di 120 mesi.
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) decesso dell'Assicurato;
b) liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
c) liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave;
d) cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione tra l'Assicurato e l'Aderente.

Art. 1.3 - Adesione alla Polizza Collettiva
L'adesione di ciascun Aderente alla Polizza Collettiva avviene mediante sottoscrizione, da parte dell'Aderente stesso, del Modulo di Adesione, redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Aderente e per il Contraente/ Società).
La sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comporta la contestuale sottoscrizione, da parte dell'Aderente, del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva Copertura Assicurativa Creditor Protection Mutui e Aperture di Credito Chirografari Imprese a Premio Unico anticipato non finanziato/Recall ad adesione facoltativa intermediata dal Contraente ed emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit Vita S.p.A.).
L'adesione alla Polizza Collettiva è facoltativa e può avvenire contestualmente alla sottoscrizione del Finanziamento o in una fase successiva.

Il Modulo di Adesione dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:
a) dati anagrafici dell'Aderente e dell'Assicurato;
b) numero di rapporto del Finanziamento;
c) durata in mesi interi del Finanziamento (compreso l'eventuale periodo di preammortamento);
d) Capitale Iniziale Assicurato;
e) Premio unico anticipato complessivo, comprensivo di imposte;
f) costi sul Premio a carico dell'Aderente, con indicazione della quota parte percepita dall'Intermediario.

Art. 1.4 - Diritto di recesso iniziale dell'Aderente
L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.
L'Aderente, per esercitare tale diritto, deve, entro il suddetto termine, compilare e sottoscrivere l'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure darne comunicazione con lettera raccomandata A.R.

alla filiale medesima. Il Contraente ne darà quindi comunicazione alla Società.
La Società provvederà al rimborso del Premio (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'Aderente
Nel caso di esercizio del diritto di recesso:

a) da parte dell'Aderente alla presente Polizza Collettiva, 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) da parte dell'Aderente 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 presente Polizza Collettiva.

Art. 1.5 - Diritto di recesso annuale dell'Aderente
L'Aderente ha diritto di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, senza oneri e con un preavviso di 60 (sessanta) giorni, rispetto alla scadenza della singola annualità.
L'Aderente, per esercitare tale diritto, deve, entro il suddetto termine, compilare e sottoscrivere l'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure darne comunicazione con lettera raccomandata A.R. alla filliale medesima. Il Contraente ne darà quindi comunicazione alla Società.
Il rimborso del Premio avverrà in proporzione degli anni mancanti alla scadenza delle coperture assicurative, applicando la formula di cui all'Allegato 2.
La Società provvederà al rimborso del Premio al Contraente, il quale, a sua volta, rimborserà il Premio all'Aderente.

Art. 1.6 - Estinzione anticipata totale del Finanziamento
Nel caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto alla data di scadenza originaria, accollo del Finanziamento da parte di terzi oppure di trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione, di accollo o di surroga e l'Aderente avrà diritto a ottenere dalla Società il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto.
La Società rimborserà all'Aderente, entro 30 (trenta) giorni e per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Il calcolo dell'importo di Premio da rimborsare per ciascun Aderente sarà effettuato applicando la formula di cui all'Allegato 2.
L'Aderente potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente alla Società di mantenere inalterata e operativa l'Assicurazione medesima, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del Premio, fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento.

L'Aderente per richiedere il mantenimento dell'operatività dell'Assicurazione dovrà compilare l'apposito modulo che sarà messo a disposizione da parte del Contraente in sede di anticipata estinzione totale o di trasferimento del Finanziamento.

Art. 1.7 - Estinzione anticipata parziale del Finanziamento
In caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni dovute in caso di Sinistro (cioè gli Indennizzi di Capitale Residuo e di rata) nella misura corrispondente alla quota estinta di Finanziamento, e pertanto:

a) la Società rimborserà all'Aderente, entro 30 giorni e per il tramite del Contraente, la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Finanziamento e la data di scadenza dell'Assicurazione, applicando la formula di cui all'Allegato 2;
b) in caso di Sinistro, il Capitale Residuo o le rate mensili indennizzate saranno quelle risultanti dal piano di ammortamento esistente alla data del Sinistro, come modificato a seguito della avvenuta estinzione parziale del Finanziamento.

L'Aderente potrà, in alternativa alla riduzione proporzionale delle prestazioni, richiedere espressamente alla Società, per il tramite del Contraente, di mantenere inalterata e operativa l'Assicurazione alle medesime condizioni originarie, come se l'estinzione parziale del Finanziamento

non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

Art. 1.8 - 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. 1.9 - Pagamento del Premio
L'Aderente è tenuto a versare il Premio complessivo, comprensivo di imposte, indicato nel Modulo di adesione, in via anticipata e in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione. Il pagamento del Premio da parte dell'Aderente al Contraente avviene mediante addebito sul Conto Corrente a lui intestato o cointestato intrattenuto presso il Contraente, che provvede a trasmettere il Premio alla Società in nome e per conto dell'Aderente.

Art. 1.10 - Determinazione del Premio
Il Premio (P) è determinato applicando la seguente formula:

$$P = T * N * IR$$

dove:
P = Premio unico anticipato finito comprensivo di imposta (pari al 2,50%); T = tasso mensile finito, comprensivo di imposta, pari 0,06538%
N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi (compreso eventuale periodo di preammortamento)
IR = Importo richiesto del Finanziamento

Nel caso in cui l'importo di Finanziamento richiesto dovesse risultare superiore a € 500.000,00, il Premio verrà calcolato su tale importo massimo.

Che Obblighi ho

Art. 1.11- Dichiarazioni inesatte e reticenti dell'Assicurato - Questionario medico- Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.
L'Assicurato deve compilare un Questionario Medico oppure presentare un Rapporto di visita medica, in relazione all'entità dell'importo del Finanziamento richiesto e/o dell'età dell'Assicurato alla stipula dello stesso Finanziamento, secondo il seguente schema:

Importo Finanziamento richiesto	Età dell'Assicurato alla data di Adesione da 18 a 65 anni compiuti	Età dell'Assicurato alla data di Adesione da 66 a 70 anni NON compiuti
Fino a € 300.000	Questionario Medico	Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000 Fino a € 500.000,00	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 del Finanziamento richiesto e dall'età dell'Assicurato. La Società si riserva il diritto, una volta esaminate le risposte rese al Questionario Medico o al Rapporto di Visita Medica (nonché l'eventuale documentazione sanitaria allegata), di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione alla copertura assicurativa.
Pertanto le inesattezze e le reticenze dell'Assicurato, relative alla compilazione del Questionario

Medico o del Rapporto di visita medica, comportano la perdita totale del diritto al percepimento dell'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione dalla data in cui la Società ne è venuta 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'Aderente. Il calcolo dell'importo da rimborsare all'Aderente sarà effettuato utilizzando la formula di cui all'Allegato 2.
Le spese 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'Aderente.
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.
Qualora, tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di decorrenza dell'Assicurazione, intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, l'Aderente è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Società, per il tramite del Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità mediche di ammissione previste. La Società richiederà altresì all'Assicurato, per il tramite del Contraente, di espletare nuovamente le formalità di ammissione medica qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di decorrenza dell'Assicurazione trascorrano più di 180 giorni.

Altre Norme

Art. 1.12 - Altre assicurazioni e non cumulabilità degli Indennizzi
Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dalla Società con la presente Polizza Collettiva possono cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall' Aderente per i medesimi rischi.
L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave di cui alla presente Polizza Collettiva 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 Finanziamento) emessa da altra Compagnia.

Art. 1.13 - Comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali l'Aderente, il Contraente e la Società sono tenuti, salve le specifiche e diverse modalità espressamente indicate negli articoli sopra riportati, devono essere fatte con lettera raccomandata A.R. oppure P.E.C. indirizzata alla Direzione della Società o alla Filiale dell'Contraente dove l'Aderente intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto.

Art. 1.14 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Aderente.

Art. 1.15 - Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.16 - Cessione dei diritti
L'Aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla presente Polizza Collettiva.

Art. 1.17 - Legislazione applicabile e foro competente
Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.
Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte la Società e/o il Contraente e, dall'altra parte, l'Aderente, sarà competente in via esclusiva il foro corrispondente alla sede legale dell'Aderente.

Art. 1.18 - Prescrizione dei diritti
Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti dell'Aderente derivanti dalla presente Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 1.19 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge in materia.

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: **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.**

La garanzia è prestata unitamente alle garanzie "Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia", "Ricovero Ospedaliero 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 un Indennizzo pari al Capitale Residuo in basse la piano di ammortamento originario del Finanziamento, fermi i limiti previsti dalla specifica garanzia.

Cosa Non Assicura

Art. 2.2 - Persone NON assicurabili
Non è assicurabile chi alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
a) non abbia compiuto 18 anni di età;
b) risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza del Finanziamento;
c) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica;
d) non sia stato ammesso alla copertura assicurativa dalla Società, una volta esaminate le risposte rese nel Rapporto di Visita Medica e la documentazione sanitaria eventualmente allegata;
e) non sia residente in Italia.

Art. 2.3 - Esclusioni
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento agli Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico o 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, hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo, alpinismo;
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) esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
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) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

l) 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;

m) malattie tropicali;

n) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri.

Come Assicura

Art. 2.4 - Somma assicurata e limite di indennizzo[1]

La massima somma assicurabile ammonta a € 500.000.

In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di € 500.000 la Società assicurerà un importo massimo pari a € 500.000.

In caso di Sinistro la Società corrisponde un Indennizzo pari:

a) in caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia, all'ammontare del Capitale residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesta l'Invalidità Totale Permanente presentata agli enti competenti, entro il limite Massimo di € 500.000;

b) in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio, al doppio dell'ammontare del Capitale residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio, entro il limite Massimo di € 1.000.000;

c) In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio derivante da incidente stradale, al triplo dell'ammontare del Capitale residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio, entro il limite Massimo di € 1.500.000.

In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di € 500.000 l'ammontare del Capitale residuo da indennizzare sarà quantificato applicando allo stesso una percentuale ottenuta dal rapporto tra € 500.000 e l'importo di Finanziamento erogato.

Art. 2.5 - Periodo di Carenza[2]

Nel caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia l'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni.

Pertanto, l'Indennizzo è corrisposto soltanto nel caso in cui la Data del Sinistro per Invalidità Permanente Totale da Malattia sia successiva al Periodo di Carenza.

Per "Data del Sinistro" si intende la data della presentazione della domanda di invalidità agli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.).

Art. 2.6 - Estensione territoriale

La garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia 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.

1 Esempio:

In caso di Importo erogato pari a € 500.000 e un Capitale Residuo al momento del Sinistro di € 300.000 l'Importo della prestazione liquidata si otterrà applicando la seguente formula:
300.000 x 500.000/500.000 e sarà pari a € 300.000;
In caso di Importo erogato pari a € 1.000.000 e un Capitale Residuo al momento del Sinistro di € 300.000 l'Importo della prestazione liquidata si otterrà applicando la seguente formula:
300.000 x 500.000/1.000.000 e sarà pari a € 150.000.

2 Esempio di applicazione del Periodo di Carenza

Se la decorrenza dell'Assicurazione è il 01 gennaio 2021 e l'Assicurato presenta domanda di Invalidità Permanente da Malattia il 01 febbraio 2021, il Sinistro non è indennizzabile in quanto la data di presentazione della domanda agli Enti proposti è avvenuta entro i primi 60 giorni dalla decorrenza della polizza.

3. SEZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

Cosa Assicura

Art. 3.1 - Garanzia Base
L'Assicurazione è operante per il seguente evento che colpisca l'Assicurato: **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.**

La garanzia è prestata unitamente alle garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia", "Ricovero Ospedaliero 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 un Indennizzo pari a una o piu' rate del Finanziamento che giungono a scadenza, in base al piano di ammortamento originario, nel periodo in cui perdura l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, fermi i limiti previsti dalla specifica garanzia.

Cosa Non Assicura

Art. 3.2 - Persone NON assicurabili
Non è assicurabile chi alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
a) non abbia compiuto 18 anni di età;
b) risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza del Finanziamento;
c) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica;
d) non sia stato ammesso alla copertura assicurativa dalla Società, una volta esaminate le risposte rese nel Rapporto di Visita Medica e la dcoumentazione sanitaria eventualmente allegata;
e) non sia residente in Italia.

Art. 3.3 - Esclusioni
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento a Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico o nel Rapporto di Visita Medica.
Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia causata da:
a) mal di schiena e patologie assimilabili se non comprovate da esami radiologici e clinici;
b) 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;
c) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
d) esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili;
e) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
f) 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 hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo, alpinismo;
g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
h) 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;
i) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
j) i) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

k) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
l) 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.);
m) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
n) 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;
o) malattie tropicali;
p) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;

Come Assicura

Art. 3.4 - Massimali e limiti di Indennizzo

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 12 rate per ciascun Sinistro e più di 48 rate 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.
In ogni caso, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza dell'Assicurazione, anche in caso di persistenza, oltre tale termine, dello stato dell'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.
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 Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, nulla sarà più dovuto dalla Società.

Art. 3.5 - Periodo di Franchigia[3]

L'Indennizzo è soggetto a un Periodo di Franchigia pari a 30 giorni. Pertanto, in caso di Sinistro, il primo Indennizzo (pari a una rata) è corrisposto soltanto nel caso in cui lo stato di Inabilità Totale Permanente perduri per almeno 30 giorni dopo la Data del Sinistro. Per "Data del Sinistro" si intende la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, come risultante da certificazione medica attestante la stessa.

Art. 3.6 - Periodo di Carenza [4]

Nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Malattia, l'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni. Pertanto, fermo il Periodo di Franchigia, l'Indennizzo è corrisposto soltanto nel caso in cui la Data del Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Malattia dell'Assicurato sia successiva al

3 Esempio di applicazione del Periodo di Franchigia
Data effetto polizza: 01/01/2021
L'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, viene dichiarato inabile al lavoro cessando la propria attività lavorativa in data 15/05/2021. In data 31/05/2021 riprende la sua attività lavorativa: L'Assicurato non riceve alcun Indennizzo in quanto lo stato di Inabilità non ha avuto la durata minima di 30 giorni come da Condizioni di Assicurazione.
L'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, viene dichiarato inabile al lavoro cessando la propria attività lavorativa in data 15/05/2021. In data 01/08/2021 riprende la sua attività lavorativa: L'Assicurato riceve un Indennizzo in quanto lo stato di Inabilità non ha avuto la durata superiore ai 30 giorni previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

4 Esempio di applicazione del Periodo di Carenza
Data effetto polizza: 01/01/2021
Se l'Assicurato viene dichiarato inabile al lavoro causa Malattia, come risultante da certificazione medica, in data 29/01/2021, non verrà corrisposto alcun Indennizzo perché la data di dichiarazione dell'Inabilità rientra nei 60 giorni nei quali la garanzia offerta dalla polizza non è ancora operante.
Se l'Assicurato viene dichiarato inabile al lavoro causa Malattia, come risultante da certificazione medica, in data 31/03/2021, verrà corrisposto l'Indennizzo come da Condizioni di Assicurazione perché trascorsi oltre 60 giorni affinchè la polizza possa essere perante.

Periodo di Carenza. Per "Data del Sinistro" si intende la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea da Malattia, come risultante da certificazione medica.

Art. 3.7 - Denunce successive

Qualora l'Assicurato, entro 90 (novanta) giorni, dalla ripresa della propria normale attività lavorativa successivamente ad un periodo di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, subisca una nuova Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:

a) se derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore Periodo di Franchigia;
b) se derivante da diverso Infortunio o da diversa Malattia, il Sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà applicato quindi, come previsto, il Periodo di Franchigia pari a 30 (trenta) giorni.

Art. 3.8 - Estensione territoriale

La garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia 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 Ospadaliero da Infortunio o Malattia.**

La garanzia è prestata unitamente alle garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia", "Inabilità Totale Temporanea 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 un Indennizzo pari a 3 volte l'importo di una o piu' rate del Finanziamento che giungono a scadenza, in base al piano di ammortamento originario, nel periodo in cui perdura il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, fermi i limiti previsti dalla specifica garanzia.

Cosa Non Assicura

Art. 4.2 - Persone NON assicurabili
Non è assicurabile chi alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
a) non abbia compiuto 18 anni di età;
b) risulti di età pari o superiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza del Finanziamento;
c) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica;
d) non sia stato ammesso alla copertura assicurativa dalla Società, una volta esaminate le risposte rese nel Rapporto di Visita Medica e la documentazione sanitaria eventualmente allegata;
e) non sia residente in Italia.

Art. 4.3 - Esclusioni
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto in riferimento agli Infortuni e 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medicoo nel Rapporto di Visita Medica.
Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia causato 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) esercizio da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività professionali: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili:
d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
e) 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, hockey sul ghiaccio, canoa fluviale, sci alpinismo, alpinismo;
f) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
g) 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;
h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
i) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
k) 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.);
l) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
m) 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;
n) malattie tropicali;
o) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri.

Come Assicura

Art. 4.4 - Massimali e limiti di Indennizzo

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 12 rate per ciascun Sinistro e più di 48 rate complessivamente per più Sinistri accaduti durante tutta la durata dell'Assicurazione.
L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 6.000,00 per ciascuna rata mensile.
In ogni caso, il diritto al percepimento dell'Indennizzo da parte dell'Aderente 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. 4.5 - Periodo di Franchigia[5]

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero sarà corrisposto soltanto nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia perduri oltre il Periodo di Franchigia pari a 7 giorni dopo la Data del Sinistro. Per "Data del Sinistro" si intende la data di inizio del Ricovero Ospedaliero.

Art. 4.6 - Periodo di Carenza[6]

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Malattia, l'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni. Pertanto, fermo il Periodo di Franchigia, l'Indennizzo è corrisposto soltanto nel caso in cui la Data del Sinistro per Ricovero ospedaliero da Malattia dell'Assicurato sia successiva al Periodo di Carenza., Per "Data del Sinistro" si intende la data di inizio del Ricovero.

5 Esempio di applicazione del Periodo di Franchigia
Data effetto polizza: 01/01/2021
SSe l'Assicurato viene ricoverato in data 15/03/2021, 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 15/03/2021con durata del ricovero pari a 9 giorni sarà invece corrisposto un Indennizzo pari ad una rata del Finanziamento come previsto dalla Condizioni di Assicurazione, in quanto la data del ricovero è successiva al Periodo di Franchigia previsto di 7 giorni.

6 Esempio di applicazione del Periodo di Carenza
Data effetto polizza: 01/01/2021
Se l'Assicurato viene ricoverato a causa di una Malattia, come risultante da certificazione medica, in data 29/01/2021, non verrà corrisposto alcun Indennizzo perché la data di ricovero rientra nei 60 giorni nei quali la garanzia offerta dalla Polizza non è ancora operante. Se l'Assicurato viene ricoverato a causa di una Malattia, come risultante da certificazione medica, in data 31/03/2021, verrà corrisposto l'Indennizzo come da Condizioni di Assicurazione perché trascorsi i 60 giorni necessari affinché la polizza possa essere operante.

Art. 4.7 - Denunce successive per Ricovero Ospedaliero - Periodo di Riqualificazione[7]

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, nessun Indennizzo sarà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni consecutivi.

Art. 4.8 - Estensione territoriale

La garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia 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.

7 Esempio di applicazione Periodo di Riqualificazione
Data effetto polizza: 01/01/2021

Se l'Assicurato viene ricoverato in data 15/03/2021 e il ricovero dura 10 giorni consecutivi, sarà corrisposto un Indennizzo pari a una rata del Finanziamento Personale come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.
Nel caso in cui l'Assicurato venisse nuovamente ricoverato in data 01/04/2021, 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 27/04/2021, all'Assicurato verrebbe corrisposto l'Indennizzo così come previsto dalle condizioni contrattuali in quanto tra il primo e il secondo ricovero sarebbero trascorsi più di 30 giorni.

5. SEZIONE MALATTIA GRAVE

Cosa Assicura

Art. 5.1 - Garanzia base
L'Assicurazione è operante per il seguente evento che colpisca l'Assicurato: **Malattia Grave.**

La garanzia è prestata unitamente alle garanzie "Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, "Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia" 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 un Indennizzo pari al Capitale Residuo in base al piano di ammortamento originario del Finanziamento, fermi i limiti previsti dalla specifica garanzia.

Cosa Non Assicura

Art. 5.2 - Persone non assicurabili
Non è assicurabile chi alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
a) non abbia compiuto 18 anni di età;
b) risulti di pari o età superiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza del Finanziamento;
c) non abbia compilato il Questionario Medico oppure non abbia fornito il Rapporto di Visita Medica;
d) non sia stato ammesso alla copertura assicurativa dalla Società, una volta esaminate le risposte rese nel Rapporto di Visita Medica e la documentazione sanitaria eventualmente allegata;
e) non sia residente in Italia.

Art. 5.3 - 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 preesistenti siano stati oggetto di inesatta o reticente dichiarazione nel Questionario Medico o nel Rapporto di Visita Medica.
Sono altresì 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) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
e) 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.);
f) depressione grave in trattamento farmacologico continuo;
g) malattie tropicali;
Nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 30% ma inferior al 40%, rimangono comunque operante le esclusioni previste dall'Art. 2.3 "Esclusioni" della garanzia "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia".

Come Assicura

Art. 5.4 - Somma assicurata e limite di indennizzo
La massima somma assicurabile ammonta a € 500.000.
In caso di Sinistro la Società corrisponde all'Aderente un Indennizzo pari all'ammontare del Capitale residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesti la Malattia Grave, entro il limite Massimo di € 500.000.

In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di € 500.000 l'ammontare del Capitale residuo da indennizzare sarà quantificato applicando allo stesso una percentuale ottenuta dal rapporto tra € 500.000 e l'importo di Finanziamento erogato.

Art. 5.5 - Periodo di Carenza[8]

L'Assicurazione non è operante durante il Periodo di Carenza iniziale di 90 giorni.
Pertanto, l'Indennizzo è corrisposto soltanto nel caso in cui la Data del Sinistro per Malattia Grave sia successiva al Periodo di Carenza.
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 30% ma inferiore al 40%, la data della presentazione della domanda di invalidità agli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.).

Art. 5.6 - Estensione territoriale

La garanzia Malattia Grave opera 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.

8 Esempio di applicazione del Periodo di Carenza
Data effetto polizza: 01/01/2021
Se all'Assicurato viene diagnosticata Malattia Grave, come risultante da certificazione medica, in data 01/03/2021, non verrà corrisposto alcun Indennizzo perché la data rientra nei 90 giorni nei quali la garanzia offerta dalla polizza non è ancora operante. Se all'Assicurato viene diagnosticata una Malattia Grave in data 15/05/2021 sarà corrisposto l'Indennizzo, così come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in quanto la data della diagnosi della Malattia è successiva al periodo di carenza prevista di 90 giorni.

6. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme comuni a tutte le Sezioni

Art. 6.1 - 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, da inviarsi con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a.r.)	INCONTRA ASSICURAZIONI S.P.A. **AXA France IARD** - Ufficio Sinistri - Corso Como, 17 - 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via E-mail	clp.it.sinistri@partners.axa
Via Web	Accedendo al sito: https://www.clpnet.com/customer/homeincontrait Tramite l'Area Riservata del sito: www.incontraassicurazioni.it

La denuncia di Sinistro può essere effettuata utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato; tale modulo è disponibile presso la filiale del Contraente dove è in essere il Finanziamento, all'interno dell'Area Riservata presente sul sito Internet della Società (c.d. Home Insurance) 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 questo numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro e 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.);
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:** copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia). In caso di mal di schiena e patologie assimilabili vanno altresì allegati alla denuncia di Sinistro i relativi esami radiologici e clinici.
- **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia:** copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; 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);
- **Malattia Grave:** copia di un documento di identità dell'Assicurato; certificazione di un medico attestante la diagnosi di Malattia Grave assistita dalla relativa documentazione sanitaria. Nel caso di Malattia che provochi un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, dovrà essere prodotta la stessa documentazione prevista per il caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

In caso di Sinistro di Inabilità Totale Temporanea o Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, per ciascun periodo di successivi 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro deve essere compilato e inviato alla Società, allo stesso recapito sopra indicato, il modulo di continuazione del Sinistro, entro 60 giorni dalla fine del periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro;

In caso di Sinistro di Invalidità Permanente Totale, Inabilità Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero o Malattia Grave 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. 6.2 - Pagamento dell'Indennizzo - Beneficiario

Entro 30 (trenta) giorni da quello in cui ai sensi degli artt. 6.3, 6.6, 6.8 "Determinazione dell'indennizzo" è stato determinato l'ammontare dell'Indennizzo

- previo accordo tra la Società e l'Aderente, oppure
- all'esito della procedura di arbitrato, la Società, verificata la titolarità dell'Indennizzo, paga quanto dovuto, salvo che:
  a) l'Aderente non sia in grado, per qualunque motivo, di accettare espressamente la liquidazione dell'Indennizzo, sottoscrivendo apposito atto avente effetto liberatorio per la Società;
  b) alla Società venga notificato un atto di opposizione nei modi stabiliti dalla Legge o un atto di cessione;
  c) sia stato aperto un Procedimento penale sulla causa del Sinistro, dal quale risulti che ricorrono alcuni dei casi di esclusione previsti dalla relativa Sezione di garanzia;

La liquidazione dell'Indennizzo avviene, in ogni caso, previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, previsti dall'art. 6.1 "Denuncia dei Sinistri".

Norme per la sezione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

Art. 6.3 Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo è pari all'importo del Capitale Residuo del Finanziamento quale risulta alla data del Sinistro.

Ai fini del calcolo dell'Indennizzo:

a) per Capitale Residuo si intende il debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di Ammortamento del Finanziamento stesso, il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Nel caso di Finanziamento con periodo di preammortamento:
   I. durante tale periodo il Capitale residuo rimane costante e pari all'importo finanziato; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo finanziato;
   II. dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di Ammortamento del Finanziamento stesso, (eventualmente rideterminati nel corso della durata del Finanziamento seguito di estinzione parziale del Finanziamento con rimborso del Premio); il tutto sempre al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;
   III. In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di €500.000 l'ammontare del Capitale residuo da indennizzare sarà quantificato applicando allo stesso una percentuale ottenuta dal rapporto tra la somma assicurata e l'importo del Finanziamento erogato.
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 emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.).
   III. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliaro da Infortunio o Malattia o di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia nel periodo intercorrente tra la Data del Sinistro e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per la Invalidità Permanente totale, saranno detratti dall'ammontare totale dell'Indennizzo stesso.

Art. 6.4 - Criteri di indennizzabilità dell'Infortunio e della Malattia

Infortunio

L'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 24 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 di 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 e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'Indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

Malattia
L'invalidità Permanente Totale deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 12 mesi, anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione, 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.
In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'Indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

Art. 6.5 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato
La valutazione del danno è concordata direttamente tra la Società, o da un perito da questa incaricato, e l'Aderente o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia che abbiano determinato l'Invalidità Permanente Totale, 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. 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 Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

Art. 6.6 - Determinazione dell'Indennizzo

Qualora l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia perduri oltre la scadenza del Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale Periodo di Franchigia la Società corrisponderà un Indennizzo pari a una rata del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di Ammortamento del Finanziamento alla data del Sinistro o a seguito di estinzione parziale con rimborso del Premio. In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di €500.000 l'Indennizzo sarà calcolato moltiplicando la rata del Mutuo o Apertura di credito in scadenza durante il periodo di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia per il rapporto tra la somma assicurata e l'ammontare del Mutuo o Apertura di credito erogato.
Un ulteriore indennizzo, pari al precedente, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia
L'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea da Infotunio o Malattia non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia relativamente allo stesso periodo temporale.

Art. 6.7 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente tra la Società, o da un perito da questa incaricato, e l'Aderente o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia che abbiano determinato l'Inabilità Totale Temporanea, 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. 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. 6.8 Determinazione dell'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 3 volte l'importo di una rata del Finanziamento, comprensiva di capitale e interessi, quale risulta dal piano di Ammortamento del Finanziamento alla data del sinistro o ridefinito a seguito di estinzione parziale del Finanziamento con rimborso del Premio. In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di €500.000 l'importo della rata sarà calcolato moltiplicando la rata del Mutuo o Apertura di credito in scadenza durante il periodo di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia per il rapporto tra la somma assicurata e l'ammontare del Mutuo o Apertura di credito erogato.
Un ulteriore Indennizzo, pari al precedente, sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia relativamente allo stesso periodo temporale.

Art. 6.9 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente tra la Società, o da un perito da questa incaricato, e l'Aderente o persona da lui designata. In caso di disaccordo sulla natura dell'Infortunio o della Malattia che abbiano determinato l'Inabilità Totale Temporanea, 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. 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. 6.10 - Determinazione dell'indennizzo

L'Indennizzo è pari all'importo del Capitale Residuo del Finanziamento quale risulta alla Data del Sinistro.

Ai fini del calcolo dell'Indennizzo:

a) per Capitale Residuo si intende il debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, calcolato in base a un piano di ammortamento a rata costante mensile posticipata avente come parametri l'importo finanziato, la durata ed il TAN del Finanziamento stesso, il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Nel caso di Finanziamento con periodo di preammortamento:
   I. durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'importo finanziato; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo finanziato;
   II. dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Aderente relativamente al Finanziamento, calcolato in base a un piano di ammortamento a rata costante mensile posticipata avente come parametri l'importo finanziato, la durata (al netto del periodo di preammortamento) e il TAN del Finanziamento stesso il tutto sempre al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;
   III. In caso di Finanziamento erogato per un importo maggiore di €500.000 l'ammontare del Capitale residuo da indennizzare sarà quantificato applicando allo stesso una percentuale ottenuta dal rapporto tra la somma assicurata e l'importo del Finanziamento erogato;

b) 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 30% ma inferiore al 40%, la data della certificazione dell'Invalidità Permanente Totale da Malattia e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale.

Per il caso di Malattia che provochi uno stato di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, tale invalidità permanente deve essere riconosciuta all'Assicurato entro 12 mesi, anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione, 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. 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 una Malattia Grave.

Nel caso quindi la Malattia 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.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'Indennizzo per invalidità permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Ricovero Ospedaliaro da Infortunio o Malattia o di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia 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 superior al 30% ma inferior3 al 40%, la data della certificazione dell'invalidità permanente, e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per la Malattia Grave, saranno detratti dall'amontare totale dell'Indennizzo stesso.

Art. 6.11 - Valutazione del danno - Ricorso all'arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente tra la Società, o da un perito da questa incaricato, e l'Aderente 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 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. 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.

SINTESI DEI LIMITI E DELLE FRANCHIGIE

	Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia	Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	Malattia Grave
Prestazione	Capitale Residuo al momento del Sinistro in caso di IPT da Malattia, doppio in caso di IPT da Infortunio e triplo in caso di IPT da Infortunio a seguito di incidente stradale	Valore della Rata che giunge a scadenza nel periodo di Inabilità Totale Temporanea	3 volte il valore della Rata che giunge a scadenza nel periodo di Ricovero Ospedaliero	Capitale Residuo al momento del Sinistro
Limite indennizzo	massimo 500.000 euro per ITP Malattia; Massimo €1.000.000 euro per ITP Infortunio massimo €1.500.000 in caso di incidente stradale	massimo € 2.000 per ciascuna rata mensile	massimo € 6.000 per ciascuna rata mensile	massimo € 500.000
Limite numero Rate	-	massimo 12 rate per ciascun sinistro e 48 rate per più sinistri per l'intera durata dell'Assicurazione	massimo 12 rate per ciascun si- nistro e 48 rate per più sinistri per l'intera durata dell'Assicurazione	-
Franchigie	grado di Invalidità inferiore al 40%	30 gg	7 gg	grado di Invalidità inferiore al 30%
Carenze (dalla data di decorrenza)	ITP da Malattia 60 gg	ITT da Malattia 60 gg	Ricovero Ospedaliero da Malattia 60 gg	90 gg
Riqualificazione (vincoli temporali per indennizzi successivi)	-	-	30 gg	-

ALLEGATO 1
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 110-75gradi:			
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 coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
• Perdita di una coscia 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		3%	
• Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
• Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
• Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

ALLEGATO 2

Formula di rimborso del Premio

Ri = ((PPUi-1* (N-K)/N * Debito_Residuo/CEi-1) + (Hi-1*(N-K)/N)) * Cap_Estinto/Debito_Residuo dove:
Ri: Importo da Rimborsare al tempo i

PPUi-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: PPUi = PPUi-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)

N: Durata del Finanziamento 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 finanziamento

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)

CEi-1= Capitale erogato iniziale al tempo i-1. Tale Capitale coincide inizialmente con il Capitale erogato (assi- curato) 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: CEi = CEi-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		
A	Durata assicurazione in mesi	48
B	Capitale erogato del Finanziamento	50.000,00 €
C	Numero di mesi di assicurazione goduti	24
D	Premio unico anticipato pagato (lordo imposte)	1569,12 €
E	Premio unico anticipato pagato (netto imposte)	1530,85 €
F	% Premio Puro	57,1%
G	% Costi	42,9%
H	Premio unico anticipato Puro (PPUi-1) = E * F	874,12 €
I	Costi Totali gravanti sul Premio (Hi-1) = E * G	656,73 €
J	CONTEGGIO:	
K	Cap_estinto i è la quota Capitale versata a titolo di estinzione parziale	25.000,00 €
L	Debito_Residuo i è il Capitale Residuo quantificata al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto	25.000,00 €
M	% 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	**546,90 €**
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)	0,00 €
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)	0,00 €
P	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	48
B	Importo erogato del Finanziamento	50.000,00 €
C	Numero di mesi di assicurazione goduti	24
D	Premio unico anticipato pagato (lordo imposte)	1569,12 €
E	Premio unico anticipato pagato (netto imposte)	1530,85 €
F	% Premio Puro	57,1%
G	% Costi	42,9%
H	Premio unico anticipato Puro (PPUi-1) = E * F	874,12 €
I	Costi Totali gravanti sul Premio (Hi-1) = E * G	656,73€
J	CONTEGGIO:	
K	Cap_estinto i è la quota Capitale versata a titolo di estinzione parziale	5.000,00 €
L	Debito_Residuo i è il Capitale Residuo quantificata al giorno prima che l'estinzione parziale abbia effetto	25.000,00 €
M	% Capitale Rimborsato rispetto al Debito prima di effettuare il Rimborso = Cap_Estinto/Debito_Residuo	20%
	Totale Premio da rimborsare: Ri = ((PPUi-1* (N-K)/N * Debito_Residuo/CEi-1) + (Hi-1*(N-K)/N)) * Cap_ Estinto/ Debito_Residuo	**109,38 €**
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)	699,29 €
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)	525,39 €
P	Capitale Erogato da utilizzare in caso di successiva estinzione Parziale o Totale: CE i = CE i-1 * (1 - Cap_estinto i/ Debito_Residuo i)	40.000,00 €

MODULO DI ADESIONE

COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION N. 1016208107 MUTUI E APERTURE DI CREDITO CHIROGRAFARI IMPRESE A PREMIO UNICO ANTICIPATO NON FINANZIATO/RECALL AD ADESIONE FACOLTATIVA

Dati Finanziamento

Domanda di Finanziamento n. _____

Dati Aderente

Ragione Sociale _____ P.IVA/CF _____
Forma giuridica _____ Settore Merceologico di appartenenza_____
Codice ATECO_____
Indirizzo e-mail _____ Telefono_____

Dati Assicurato

Cognome_____Nome_____Codice Fiscale_____

Dati copertura pacchetto assicurativo

Durata (espressa in mesi) _____

Capitale assicurato iniziale € _____

Garanzie e prestazioni:

Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia - Prestazione: Capitale Residuo del Finanziamento
Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia - Prestazione: Rata/e del Finanziamento
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia - Prestazione: Rata/e del Finanziamento
Malattia Grave - Prestazione: Capitale Residuo del Finanziamento

Premio

Premio unico aniticipato € _____ (incluso 2,50% di imposte)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

Costi complessivi € _____

Importo percepito dall'intermediario

Provvigione ____% del premio imponibile pari a €_____

PRESO ATTO CHE:

A) UniCredit S.p.A. per conto dei propri clienti ha stipulato con Incontra Assicurazioni s.p.A. la Polizza Collettiva n. 1016207703 per i Rischi di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia e Malattia Grave;
B) le coperture decorrono dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e il Questionario Medico e/o il Rapporto di Visita Medica e sia stato pagato il Premio a Incontra Assicurazioni, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento originario; in caso di Finanziamento già erogato, le coperture decorrrono dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio, a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di adesione e il Questionario Medico e/o il rapporto di Visita Medica;
C) la sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Danni comporta la contestuale sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Vita Collettiva ad adesione facoltativa emessa da altra compagnia assicurativa (CNP UniCredit Vita S.p.A.) in quanto le due componenti Vita e Danni risultano inscindibili.

L'ADERENTE:

CHIEDE di aderire alla Polizza Danni collettiva ad adesione facoltativa di Incontra Assicurazioni;
DESIGNA come Assicurato la persona indicata nel Presente Modulo di Adesione;
AUTORIZZA la Banca a trasmettere a Incontra Assicurazioni le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della Polizza Danni collettiva ad adesione facoltativa;
AUTORIZZA la Banca e i soggetti giuridici, che successivamente potranno risultare creditori per le somme relative al Finanziamento, a scambiarsi copia della Polizza Danni, nonché i dati necessari per la sua esecuzione, in particolare in relazione agli eventuali Indennizzi dovuti da Incontra Assicurazioni;
CONFERISCE MANDATO alla Banca di effettuare in nome e per conto suo il pagamento del Premio a favore di Incontra Assicurazioni. Il pagamento del Premio avviene mediante addebito su Conto Corrente dell'Aderente intrattenuto presso il Contraente.
AUTORIZZA l'addebito dell'importo corrispondente al Premio complessivo indicato sul Modulo di Adesione sul conto corrente intrattenuto presso il Contraente.

Luogo e data _____ Firma Legale Rappresentante _____

FACSIMILE

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

Io sottoscritto Legale Rappresentante dell'Aderente, 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 al prodotto assicurativo 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.

L'Aderente dichiara inoltre:

- **di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto;**
- **di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto**
- **di conoscere e 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).**

Luogo e data _____ Firma Legale Rappresentante _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- **di essere residente in Italia;**
- **di essere consapevole che, per essere ammesso alle coperture assicurative di cui alla Polizza Collettiva deve, in relazione all'età e all'importo richiesto, sottoporsi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico e/o Rapporto Visita Medica);**
- **di dare mandato irrevocabile all'Impresa, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 40%, di Inabilità Totale Temporanea, di Malattia Grave e di Ricovero Ospedaliero, a negoziare/trattare/incassare ogni indennizzo dovuto dalla Compagnia in base alla presente Polizza Collettiva.**

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurato _____

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 proprio carico.

Luogo e data _____ Firma Legale Rappresentante _____ Firma dell'Assicurato _____

FAC-SIMILE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C. il sottoscritto Aderente dichiara di approvare specificatamente le seguenti disposizioni:
- Art. 1.16 Cessione dei diritti

Luogo e data _____ Firma Legale Rappresentante _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.
L'Aderente 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 un preavviso di 60 giorni (sessanta), rispetto alla scadenza della singola annualità.
L'Aderente, per esercitare tali diritti, deve, entro i suddetti termini, compilare e sottoscrivere l'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove intrattiene il rapporto al momento dell'esercizio del diritto, oppure darne comunicazione con lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima. Il Contraente ne darà quindi comunicazione alla Società.

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 dell'Assicurato _____

FAC-SIMILE

Incontra Assicurazioni

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

INFORMATIVA PRIVACY

Mod. BU3535/03 Ed. 12/2023

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, contatabile 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, Twiter) 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	Attvità 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 prodoto	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 let. c GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persone 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 contratuale 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 contrato o a misure precontratuali 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 persone 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 contrato o a misure precontratuali 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 ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare gestire in modo correto 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 setore assicurativo I dati (anche quelli relativi a danneggiati o trasportati che potranno essere tratati 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 setore caraterizzato 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 contrato o a misure precontratuali da lei richieste (art. 6 let. b GDPR)	a) Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twiter) 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 contratuali relativamente ai prodotti Danni: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tuta 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 tratano i dati in qualità di responsabili del tratamento 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 tratamento, delle categorie di dati personali in questione, degli estremi del Titolare e del responsabile del tratamento, 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 tratati 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 tratati, l'atestazione 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, eccetuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispeto al dirito tutelato. Inoltre, ha il dirito di chiedere la limitazione del tratamento che la riguardano e il trasferimento dei Suoi dati ad un diverso titolare (c.d. dirito alla portabilità dei dati) e di opporsi per motivi legittimi al tratamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o opporsi, in tuto o in parte, (tra gli altri, in relazione a specifici mezzi di comunicazione) al tratamento di dati personali che a riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita direta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, fermo restando che la Società non ha in programma di eseguire simili tratamenti

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

Si richiamano qui di seguito i principi normativi generali che sono alla base di un Contratto di Assicurazione.
L'applicazione dei suddetti principi deve essere adattata al contesto di riferimento; nel caso di specie, per esempio, la figura del Contraente coincide con quella dell'Aderente.

NORME CHE REGOLANO I CONTRATTI IN GENERALE

1273 c.c.

Accollo

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.
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.
Se non vi è liberazione del debitore, questi rimane obbligato in solido col terzo.
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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1892 c.c.

Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

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.
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.
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.

1893 c.c.

Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

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.
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.

1894 c.c.

Assicurazione in nome o per conto di terzi

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.

1923 c.c.

Diritti dei creditori e degli eredi

Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
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.

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 assicura- zione sulla vita i cui diritti si prescrivono in 10 anni.