

Polizza Multirischi



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

CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.

Polizza BNL Avvenire Protetto Privilège

Edizione Maggio 2024 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di Assicurazione è?

"BNL Avvenire Protetto Privilège" è una copertura assicurativa sulla vita che, in caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'Assicurazione, offre ai Beneficiari designati il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

✓ Decesso per qualsiasi causa (sempre operante)

Il Contraente può scegliere il Capitale da assicurare da un minimo di 50.000 € fino ad un massimo di 2.000.000 € che verrà liquidato ai Beneficiari designati in caso di Decesso dell'Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

- × Contraente che non ha un conto corrente di Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. al momento della conclusione;
- × Assicurato con Età inferiore ai 18 anni e superiore a 70 anni al momento della firma della Proposta di Polizza;
- × Assicurato con Età superiore ai 75 anni al momento della scadenza;
- × Contraente che non ha la propria residenza e il proprio domicilio in Italia (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- × L'Assicurato non ottiene una valutazione medica positiva rispondendo a tutte le domande del Questionario Medico;
- × L'Assicurato non presenta una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120;
- × L'Assicurato, ove previsto, non si sottoponga a visita medica e ad esami aggiuntivi, facendo redigere dal medico curante il Rapporto di visita medica;
- × Assicurato che non ha il domicilio e la residenza in Italia;
- × Titolare Effettivo (se presente) residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- × Il Beneficiario residente (se persona fisica) o con sede legale (se persona giuridica) in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- × Contraente (se persona fisica), Titolare Effettivo (se persona giuridica) e Assicurato e il Beneficiario che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).



Ci sono limiti di copertura?

Le coperture non operano in caso di:

- ! dolo del Contraente, dell'Assicurato ovvero del Beneficiario caso morte;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti volontari (dolosi) e colposi;
- ! sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero, l'esclusione sarà operativa trascorsi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, sempre che l'Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio;
- ! Suicidio:

- a) per Capitali Assicurati inferiori o uguali a € 500.000,00 se avviene nei primi 12 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- b) per Capitali Assicurati superiori a € 500.000,00 se avviene nei primi 24 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- c) trascorsi i suddetti periodi, nei primi 12 mesi dall'eventuale data di riattivazione del contratto di Assicurazione a seguito di sospensione.

- ! sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ! decesso avvenuto entro i primi 5 anni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
- ! contaminazione nucleare o chimica, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- ! qualsiasi trattamento medico e/o estetico non prescritto e/o non eseguito da un medico.

Restano anche esclusi dalla Garanzia i casi di Decesso causati da:

- ! pratica delle seguenti professioni: utilizzo o esposizione, anche se occasionali, a sostanze esplosive, tossiche o corrosive, infiammabili; estrazione di petrolio o gas naturali, attività lavorative svolte in miniere, altiforni e piattaforme petrolifere; scavi in profondità, terrestri, marini e lacustri; esercizio di qualunque attività lavorativa svolta ad altezze superiori ai 20 metri dal suolo; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; collaudatore di veicoli; guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari ecc.) con uso di armi; vigili del fuoco; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- ! pratica delle seguenti attività sportive: esercizio, a qualunque livello (amatoriale, professionista, ecc) di sport aerei (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- ! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD 10 capitolo V F00-F99.

E' inoltre prevista una Carenza di 6 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione. La Carenza non si applica nel caso in cui il Decesso sia conseguenza diretta di una malattia specifica, infortunio, incidente stradale o shock anafilattico.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

L'Assicurato deve fare eventuali accertamenti e controlli medici, se richiesti dalla Compagnia.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, costituisce una modificazione del rischio l'intraprendere, anche a livello dilettantistico, un'attività sportiva pericolosa (es. sport aerei, automobilismo, motorismo, go-kart, deltaplano, immersioni subacquee, alpinismo oltre il 3° grado, ecc.).

L'Assicurato deve inoltre comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia il mutamento di stato tabagico, alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato, al momento della sottoscrizione, in particolare compilando il Questionario Medico: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete (in base agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile) per un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia e possono comportare la perdita del diritto a ricevere il Capitale Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato devono altresì comunicare tempestivamente alla Compagnia per iscritto anche eventuali peggioramenti o modifiche dello stato di salute e ogni altro aggravamento del rischio, sia prima che durante la decorrenza dell'Assicurazione. Ricorda quindi che:

- in caso di modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza che influisca sulle dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario, la Compagnia svolgerà nuovamente le formalità per la stipulazione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la stipulazione dell'Assicurazione; e
- dichiarazioni inesatte o incomplete, nonché aggravamenti del rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere le prestazioni assicurative indicate nell'Art. 5 o, addirittura, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice civile.

Il Contraente e l'Assicurato devono inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni variazione del rischio. Quest'ultima provvederà ad annullare la polizza alla prima scadenza utile.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuale e deve essere pagato per tutta la durata dell'Assicurazione o fino al momento del Decesso.

Il Premio può essere pagato in un'unica soluzione oppure rateizzato con frazionamento mensile, senza costi aggiuntivi. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

Il Premio è determinato in base alle coperture selezionate, all'ammontare del Capitale Assicurato scelto dal Contraente, alla durata

della Polizza, all'Età Assicurativa dell'Assicurato e allo stato tabagico. Ciascun Premio viene corrisposto mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente, come da "autorizzazione permanente di addebito" sottoscritta dal Contraente stesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella Lettera di Conferma se è stato pagato il Premio annuale/frazionato mensile. In caso di mancato addebito del premio, la Compagnia provvederà a reiterare la richiesta di addebito nei 5 giorni successivi. Qualora l'addebito avvenga, le Coperture decorreranno dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. Qualora invece il pagamento del premio non vada a buon fine, la Proposta di Polizza verrà chiusa per mancato perfezionamento. È fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di Recesso.

L'Assicurazione può durare tra i 5 e i 30 anni, in base alla scelta del Contraente fatta nella Proposta di Polizza. La Garanzia Assicurativa non è operante nel periodo di Carenza pari ai primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, tranne nel caso in cui:

- L'Assicurato scelga un Capitale Assicurato superiore a euro 500.000. In questo caso la carenza è automaticamente azzerata;
- il Decesso sia conseguenza diretta di:
 1. tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinica generalizzata, encefalite post-vaccinica, se queste malattie infettive acute siano insorte dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 2. shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 3. infortunio o Infortunio da incidente stradale avvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione.



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

- La Proposta di Polizza del presente contratto può essere revocata fino al momento della ricezione della Lettera di Conferma. La revoca della Proposta deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Compagnia anche avanzando richiesta su modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stato sottoscritto il contratto.
- Puoi esercitare il diritto di ripensamento entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza comunicandolo alla Compagnia con lettera raccomandata A/R, fax o tramite email.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SÌ NO

- Il presente contratto non prevede alcun valore di riduzione.
- Il presente contratto non prevede il riscatto del Capitale Assicurato.

Polizza Multirischi



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto: Polizza BNL Avvenire Protetto Privilège
Edizione Maggio 2024 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di Assicurazione è?

"BNL Avvenire Protetto Privilège" è una copertura assicurativa che prevede le seguenti garanzie complementari facoltative opzionabili dal cliente:

- Complementare Infortuni;
- Invalidità Totale Permanente.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Garanzia Complementare Infortuni (operante se selezionata in Polizza)

Tale Garanzia per il caso di Morte da Infortunio o Incidente stradale prevede il pagamento ai Beneficiari designati di un ulteriore capitale, pari al Capitale Assicurato, che si aggiunge a quello previsto dalla Garanzia principale Decesso.

- ✓ Invalidità Totale Permanente (operante se selezionata in Polizza)

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato manifestatasi prima della scadenza contrattuale e dovuta ad infortunio o malattia, la Compagnia riconosce il pagamento al Beneficiario/Assicurato di un importo pari al 100% del capitale assicurato previsto dalla Garanzia Decesso.



Che cosa NON è assicurato?

- × Contraente che non ha un conto corrente di Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. al momento della conclusione;
- × Assicurato con Età inferiore ai 18 anni e superiore a 70 anni al momento della firma della Proposta di Polizza;
- × Assicurato con Età superiore ai 75 anni al momento della scadenza;
- × Contraente che non ha la propria residenza e il proprio domicilio in Italia (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- × l'Assicurato non ottiene una valutazione medica positiva rispondendo a tutte le domande del Questionario Medico;
- × l'Assicurato non presenta una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120;
- × l'Assicurato, ove previsto, non si sottoponga a visita medica e ad esami aggiuntivi, facendo redigere dal medico curante il Rapporto di visita medica;
- × Assicurato che non ha il domicilio e la residenza in Italia;
- × Titolare Effettivo (se presente) residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- × Il Beneficiario residente (se persona fisica) o con sede legale (se persona giuridica) in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- × Contraente, Titolare Effettivo (se persona giuridica) e Assicurato e il Beneficiario che fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).



Ci sono limiti di copertura?

Per quanto riguarda la Garanzia Complementare Infortuni, la copertura non opera quando l'infortunio mortale dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! atti temerari intrapresi dall'Assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! stati di ubriachezza dell'Assicurato nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a motore;
- ! uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- ! decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiare Sicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Per quanto riguarda la Garanzia Invalidità Totale Permanente, la copertura non opera se l'Invalidità Totale Permanente stessa è stata causata da:

- ! malattie preesistenti alla data di decorrenza del contratto o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente a tale data;
- ! infortuni occorsi anteriormente alla data di decorrenza del contratto.

Inoltre, sono esclusi dalla Garanzia i casi di invalidità totale e permanente causati da:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- ! dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! tentato suicidio;
- ! patologie derivanti da abuso d'alcool;
- ! uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- ! sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Restano anche esclusi dalla Garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente causati da:

- ! pratica delle seguenti professioni: utilizzo o esposizione, anche se occasionali, a sostanze esplosive, tossiche o corrosive, infiammabili; estrazione di petrolio o gas naturali, attività lavorative svolte in miniere, altiforni e piattaforme petrolifere; scavi in profondità, terrestri, marini e lacustri; esercizio di qualunque attività lavorativa svolta ad altezze superiori ai 20 metri dal suolo; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; collaudatore di veicoli; guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari ecc.) con uso di armi; vigili del fuoco; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- ! pratica delle seguenti attività sportive: esercizio, a qualunque livello (amatoriale, professionista, ecc.) di sport aerei (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- ! malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD 10 capitolo V F00-F99.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo



Che obblighi ho?

L'Assicurato deve fare eventuali accertamenti e controlli medici, se richiesti dalla Compagnia.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, costituisce una modificazione del rischio l'intraprendere, anche a livello dilettantistico, un'attività sportiva pericolosa (es. sport aerei, automobilismo, motorismo, go-kart, deltaplano, immersioni subacquee, alpinismo oltre il 3° grado, ecc.).

L'Assicurato deve inoltre comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia il mutamento di stato tabagico, alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato, al momento della sottoscrizione, in particolare compilando il Questionario Medico: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete (in base agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile) per un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia e possono comportare la perdita del diritto a ricevere il Capitale Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato devono altresì comunicare tempestivamente alla Compagnia per iscritto anche eventuali peggioramenti o modifiche dello stato di salute e ogni altro aggravamento del rischio, sia prima che durante la decorrenza dell'Assicurazione. Ricorda quindi che:

- in caso di modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza che influisca sulle dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario, la Compagnia svolgerà nuovamente le formalità per la stipulazione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la stipulazione dell'Assicurazione; e
- dichiarazioni inesatte o incomplete, nonché aggravamenti del rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere le prestazioni assicurative indicate nell'Art. 5 o, addirittura, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice civile.

Il Contraente e l'Assicurato devono inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio. Quest'ultima provvederà ad annullare la polizza alla prima scadenza utile.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuale e deve essere pagato per tutta la durata dell'Assicurazione o fino al momento dell'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.

Il Premio può essere pagato in un'unica soluzione oppure rateizzato con frazionamento mensile, senza costi aggiuntivi. Entrambe le

modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

Il Premio è determinato in base alle coperture selezionate, all'ammontare del Capitale Assicurato scelto dal Contraente, alla durata della Polizza, all'Età Assicurativa dell'Assicurato e allo Stato tabagico. Ciascun Premio viene corrisposto mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente, come da "autorizzazione permanente di addebito" sottoscritta dal Contraente stesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dalle ore 24 del giorno indicato nella Lettera di Conferma se è stato pagato il Premio annuale/frazionato mensile; In caso di mancato addebito del premio, la Compagnia provvederà a reiterare la richiesta di addebito nei 5 giorni successivi. Qualora l'addebito avvenga, le Coperture decorreranno dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. Qualora invece il pagamento del premio non vada a buon fine, la Proposta di Polizza verrà chiusa per mancato perfezionamento. È fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di Recesso.

L'Assicurazione può durare tra i 5 e i 30 anni, in base alla scelta del Contraente fatta nella Proposta di Polizza. La Garanzia Assicurativa non è operante nel periodo di Carenza pari ai primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.



Come posso disdire la Polizza?

La Proposta di Polizza del presente contratto può essere revocata fino al momento della ricezione della Lettera di Conferma. La revoca della Proposta deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Compagnia anche avanzando richiesta su modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stato sottoscritto il contratto.

Puoi esercitare il diritto di ripensamento entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza comunicandolo alla Compagnia con lettera raccomandata A/R, fax o tramite e-mail.

Polizza Multirischi



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

CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. e Cardif Assurances Risques Divers
Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: Polizza BNL Avvenire Protetto Privilège
Edizione Maggio 2024 (ultima edizione 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 d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A., sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3 – 20124 - Milano (Italia), P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 11552470152, REA: 1475525, Telefono 02/77 22 41, Sito internet: www.bnpparibascardif.it, PEC: cardifspa@pec.cardif.it, Posta elettronica: servizioclienti@cardif.com. Cardif Vita S.p.A. autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996), iscritta all'albo imprese di assicurazione e riassicurazione n° 1.00126. Società unipersonale soggetta a direzione e coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

Cardif Vita S.p.A. ha un Patrimonio Netto pari a 972,187 milioni di Euro di cui 195,210 milioni di Euro è il Capitale Sociale e 776,977 milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 184% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 1.468 milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 799 milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.it/documents/66945/123376/SFCR+2022.pdf/33802eed-b6a0-dd8b-e3b7-080ddd1ad82f>

Cardif Assurances Risques Divers S.A., con sede sociale in Francia a Parigi - 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 308 896 574, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in Milano Piazza Lina Bo Bardi n. 3, cap 20124, iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero I.00011 e autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D. M. del 27.02.1989; P.I., C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153; tel. 02.77224.1; sito internet: www.bnpparibascardif.it email:servizioclienti@cardif.com; pec: cardifrd@pec.cardif.it

Cardif Assurance Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,064 milioni di Euro di cui 21,602 milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,462 milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 152% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 663 milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 437 milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: https://www.bnpparibascardif.com/c/document_library/get_file?uuid=b8fcc24e-fc41-f041-1230-9b1899484196&groupId=348001

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

In aggiunta alle informazioni indicate nel DIP si segnalano le seguenti indicazioni:

- Decesso per qualsiasi causa (Ramo Vita)

Il Contraente può scegliere il Capitale da assicurare da un minimo di 50.000 € fino ad un massimo di 2.000.000 € che verrà liquidato ai Beneficiari designati in caso di Decesso dell'Assicurato.

L'indennizzo non potrà superare il capitale assicurato.

- Garanzia Complementare Infortuni (Ramo Danni)

Tale Garanzia per il caso di Morte da Infortunio o Incidente stradale prevede il pagamento ai Beneficiari designati di un ulteriore capitale, fra un minimo di 50.000 € fino ad un massimo di 2.000.000 € pari a quello scelto per il Decesso, che si aggiunge a quello previsto dalla Garanzia Decesso.

- Invalidità Totale Permanente (Ramo Danni)

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato manifestatasi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento al Beneficiario/Assicurato di un importo pari al 100% del capitale assicurato previsto dalla Garanzia Decesso.

Per le Garanzie Assicurative Ramo danni, l'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. Per la Garanzia Invalidità Totale Permanente l'indennizzo non potrà superare il Capitale Assicurato.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio	Non sono previste opzioni con riduzione del premio.
-----------------------------	-----------------------------------------------------

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio Aggiuntivo	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.
--------------------------	------------------------------------------------------------------



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nei DIP.



Ci sono limiti di copertura?

Le Garanzie Assicurative Decesso e, limitatamente al caso Malattia, Invalidità Totale Permanente, non sono operanti nel periodo di Carenza pari ai primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, tranne nel caso in cui:

- l'Assicurato scelga un Capitale Assicurato superiore a Euro 500.000. In questo caso la carenza è automaticamente azzerata;
- il Decesso sia conseguenza diretta di:
 1. tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, se queste malattie infettive acute siano insorte dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 2. shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 3. infortunio o Infortunio da incidente stradale avvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

In caso di Sinistro, Contraente e/o Assicurato devono contattare la Compagnia attraverso uno di questi canali:

Canale	Contatti
Telefono	- Numero verde dall'Italia: 800 900 780 - Numero dall'estero: 39/0277224686 Questi numeri sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00
E-mail	documentisinistriprotezione@cardif.com
Posta	Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri, Casella Postale 421 - 20123 Milano (MI).


Decesso dell'Assicurato e Complementare Infortuni


Per il pagamento della prestazione conseguente al Decesso, nei termini stabiliti dal contratto, devono essere presentati alla Compagnia:


- richiesta di pagamento, firmata da ciascun Beneficiario e dal Contraente (se diverso dall'Assicurato);
- fotocopia dei documenti di identità di ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica);
- certificato di morte dell'Assicurato;
- se il decesso è avvenuto per incidente stradale, copia del verbale dell'Autorità (Carabinieri, Polizia, ecc.) eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente stradale;
- certificato del medico che ha constatato il Decesso in loco oppure, in caso di Decesso in ospedale, altra documentazione equivalente;
- in caso di incidente stradale, sentenza dell'Autorità Giudiziaria sull'esito del relativo procedimento istruttorio (archiviazione o individuazione di eventuali responsabilità);
- certificato del medico curante redatto sull'apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- copia della documentazione (esami effettuati, relazioni mediche) dalla quale si evince la data di prima diagnosi della malattia o infortunio causa del Decesso oppure Copia della cartella clinica relativa al ricovero durante il quale è stata diagnosticata la malattia causa del Decesso;


	<ul style="list-style-type: none"> • copia autenticata del testamento o un atto notorio che attesti l'assenza di testamento firmato da uno dei Beneficiari richiedenti o da uno degli eredi. Se la designazione del Beneficiario è avvenuta in forma generica (ad esempio: gli eredi, i figli, ecc.), l'atto notorio deve contenere i nominativi dei Beneficiari stessi con relativo grado di parentela. Se il Beneficiario è un minore o un maggiore interdetto, la richiesta di pagamento deve essere firmata da chi ne esercita la potestà o dal tutore e alla Compagnia deve essere inviato anche il decreto di autorizzazione del giudice tutelare. Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o, in assenza di testamento, degli eredi legittimi dell'Assicurato e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria, potrà comunicarlo alla Compagnia e conferire specifica procura affinché la stessa, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa procedere alla richiesta della documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro. Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Assicurato libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, i Beneficiari o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. 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. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può essere gestita e i tempi di pagamento possono allungarsi. <p>Nel caso in cui l'Assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sia data in pegno, la richiesta di pagamento richiede anche il consenso scritto del creditore avente titolo; • sia sottoposta a vincolo, la richiesta di pagamento deve essere firmata dal creditore vincolato, in quanto Beneficiario avente diritto al pagamento. <p>Invalidità Totale Permanente</p> <p>Al manifestarsi della malattia o al verificarsi dell'infortunio che, secondo parere medico, comporti una Invalidità Totale Permanente, il Contraente o l'Assicurato devono dare avviso scritto alla Compagnia entro quindici giorni dalla data di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio, ovvero dal momento in cui i medesimi o i propri aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.</p> <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata.</p> <p>La denuncia deve essere corredata da adeguata certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze della malattia o dell'infortunio e allo stato di invalidità permanente derivante dalla malattia o dall'infortunio.</p> <p>Per il solo caso di infortunio la denuncia deve anche contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché delle cause che lo hanno determinato.</p> <p>La Compagnia può sottoporre l'Assicurato ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici, mentre quest'ultimo si impegna a fornire alla Compagnia ogni possibile informazione a completamento della documentazione già acquisita, nonché ad inviare i certificati medici sul decorso della malattia o dell'infortunio per tutta la durata del periodo di cura e sino a quando la situazione non è stabilizzata.</p> <p>Prescrizione:</p> <p>Per il caso di Decesso, i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.</p> <p>Per il caso di Invalidità Totale Permanente, i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.</p> <p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>Il Beneficiario riceverà il Capitale Assicurato entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione richiesta.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>Non prevista</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione:</p> <p>Non prevista</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione</p>

	dell'Assicurazione, con la Proposta di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano essenziali per la Compagnia i fini della conclusione del contratto. Qualora emerga una dichiarazione inesatta e reticente, la Compagnia evidenzia sin d'ora che non avrebbe consentito alla conclusione del contratto se avesse conosciuto la reale situazione. Pertanto, potrà rifiutare la liquidazione di eventuali Sinistri anche in assenza di correlazione tra l'informazione inesattamente o reticentemente rappresentata e la causa dello stesso Sinistro.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il Premio è annuale e deve essere pagato per tutta la durata dell'Assicurazione o fino al momento del Decesso o - se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente - dell'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.</p> <p>Il Premio può essere pagato in un'unica soluzione oppure rateizzato con frazionamento mensile, senza costi aggiuntivi. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.</p> <p>Il Premio è determinato in base alle coperture selezionate, all'ammontare del Capitale Assicurato scelto dal Contraente, alla durata della Polizza, all'Età Assicurativa dell'Assicurato e allo Stato tabagico. Ciascun Premio viene corrisposto mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente, come da "autorizzazione permanente di addebito" sottoscritta dal Contraente stesso.</p>
Rimborso	<p>La Compagnia restituisce il Premio pagato, in tutto o in parte, nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • perdita di uno o più requisiti di assicurabilità; • diritto di recesso del Contraente dall'Assicurazione; • dichiarazioni inesatte o reticenti (in base agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile); • modifica dello stato di rischio.
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	<p>La sospensione può essere richiesta su espressa volontà del Contraente inviando apposita richiesta alla Compagnia. Quest'ultimo infatti ha facoltà di sospendere il pagamento dei premi in qualsiasi momento inviando richiesta di sospensione alla Compagnia. In tal caso, la copertura è sospesa dal giorno della scadenza dell'ultimo Premio annuale/frazionato mensile pagato. A decorrere da tale data gli addebiti per il pagamento dei premi saranno interrotti e la garanzia assicurativa non sarà più operante. Il Contraente ha la facoltà di riattivare l'Assicurazione pagando i Premi/Premio arretrati/o. In tutti i casi di riattivazione, la copertura assicurativa decorre di nuovo dalle ore 24:00 del giorno in cui saranno pagati i premi arretrati e, ove previsto, gli interessi legali. Inoltre, la riattivazione può essere richiesta su espressa volontà del Contraente inviando apposita richiesta alla Compagnia entro il termine di 180 giorni dalla data di scadenza del Premio annuale/frazionato mensile rimasto insoluto. Scaduto tale termine, la polizza si scioglie di diritto e i premi già versati restano acquisiti dalla Compagnia. La riattivazione è possibile a fronte del pagamento dei premi pregressi arretrati e non pagati. La riattivazione non può essere richiesta dopo 180 giorni dalla data della scadenza del primo Premio (o della prima delle rate di Premio) non pagati.</p>

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	<p>Dopo aver firmato la Proposta di Polizza, che ha una validità massima pari a 180 giorni, l'Assicurazione è conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'avvenuta accettazione da parte della Compagnia tramite Lettera di Conferma.</p> <p>Fino a quel momento, la Proposta di Polizza può essere revocata dal Contraente, con comunicazione scritta, anche mediante utilizzo del modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stata firmata. In questo caso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricezione della revoca, le somme eventualmente versate.</p>
Recesso	In caso di recesso del Contraente, la Compagnia provvederà alla restituzione del Premio entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.
Risoluzione	In caso in cui il Contraente sospenda volontariamente il pagamento dei Premi, il Contratto si risolverà decorsi 180 giorni dalla sospensione e i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

Valori di riscatto e riduzione	Non previsti.
Richiesta di informazioni	Non prevista, in quanto la presente polizza non prevede la possibilità di riscatto e riduzione.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a persone fisiche (aventi Età compresa tra 18 e 70 anni, aventi domicilio e residenza in Italia) e persone giuridiche (con sede legale in Italia) con un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A, al momento della sottoscrizione, che ricercano una copertura per il Decesso dell'Assicurato (persona fisica) o, su base facoltativa, per Invalidità Totale Permanente, tramite una copertura temporanea che prevede, a fronte del pagamento del Premio, la corresponsione ai Beneficiari stessi di un importo pari al Capitale Assicurato.



Quali costi devo sostenere?

I costi a carico del Contraente sono così ripartiti:

• **tabella dei costi gravanti sul Premio**

Tipologia	Costo di gestione
Caricamento percentuale	11,50% del Premio Annuo

• **tabella sui costi per riscatto:**

Non previsti.

• **tabella sui costi per l'erogazione della rendita**

Non previsti.

• **costi per l'esercizio delle opzioni:**

Non previsti.

• **costi di intermediazione:**

sono pari al 30% del Premio annuo

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>È possibile presentare reclamo alla Compagnia per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami, al seguente recapito:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano e-mail: reclami@cardif.com fax 02 7722 4265</p> <p>È possibile inoltrare reclamo anche utilizzando il web-form presente sul sito internet www.bnpparibascardif.it</p> <p>La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS a mezzo PEC, posta o fax:</p> <p style="text-align: center;">IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206</p> <p>Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami.</p> <p>L'autorità di vigilanza del Paese di origine della Compagnia è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito</p>

	http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-laclientele/comment-contacterlACP.html .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana.</p> <p>In particolare, si segnalano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la detraibilità ai fini IRPEF dei premi versati per la copertura avente per oggetto il rischio morte (nella misura e nei limiti stabiliti dalla legge); • la detraibilità dei premi versati per la copertura avente per oggetto il rischio Invalidità Totale Permanente (nella misura e nei limiti stabiliti dalla legge); • l'esenzione ai fini IRPEF e ai fini dell'imposta sulle successioni delle somme corrisposte in caso di premorienza dell'Assicurato.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

BNP Paribas CARDIF VITA Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A.
CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

POLIZZA BNL AVVENIRE PROTETTO Privilège

PROTEZIONE DELLA PERSONA

Edizione 05/2024

La presente documentazione contrattuale si compone di:

- *Glossario*
- *Condizioni di assicurazione*
- *Proposta di assicurazione*

e deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di assicurazione

Le Condizioni di assicurazione di Polizza BNL Avvenire Protetto Privilège sono state redatte in osservanza delle linee guida "Contratti semplici e chiari" del Tavolo tecnico ANIA - ASSOCIAZIONE CONSUMATORI - ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI del 6 febbraio 2018.

Edizione 03/2019



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

Condizioni di Assicurazione	1 di 23
Glossario	1 di 23
Norme che regolano le Garanzie Assicurative	3 di 23
Art. 1. Cosa e Chi copre l'Assicurazione?	3 di 23
Art. 2. Chi si può assicurare?	3 di 23
Art. 2.1. Stato tabagico	3 di 23
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	4 di 23
Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?	5 di 23
Art. 5. Quali sono le prestazioni della Polizza?	6 di 23
Art. 6. Quali sono i Massimali?	7 di 23
Art. 7. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	8 di 23
Art. 8. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	9 di 23
Art. 9. Chi è il Beneficiario delle Garanzie Assicurative?	10 di 23
Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?	11 di 23
Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative?	12 di 23
Art. 12. Si può recedere dall'Assicurazione?	12 di 23
Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?	13 di 23
Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?	13 di 23
Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?	13 di 23
Art. 16. Come comunicare con la Compagnia?	13 di 23
Art. 17. Cosa fare in caso di presenza di altre Polizze a copertura del medesimo rischio?	14 di 23
Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?	14 di 23
Art. 19. Oneri	14 di 23
Art. 20. Quale legge si applica?	15 di 23
Art. 21. Qual è il foro competente in caso di controversia?	15 di 23
Art. 22. Rinuncia alla rivalsa	15 di 23
Gestione del Sinistro	15 di 23
Art. 23. Come si denuncia un Sinistro?	15 di 23
Art. 24. Quando sarà pagato il Capitale Assicurato?	18 di 23
Reclami	18 di 23
Art. 25. A chi inviare un eventuale reclamo?	18 di 23
Protezione dei dati personali	19 di 23
Art. 26. Protezione dei dati personali	19 di 23
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione	20 di 23
ALLEGATO 1 - Tabella delle Invalidità (INAIL)	20 di 23
ALLEGATO 2 - Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza visiva (INAIL Industria)	22 di 23
Informativa sulla Privacy	1 di 12

Le Polizze in sintesi

"BNL Avvenire Protetto Privilège" è una copertura assicurativa sulla vita, di tipo modulare, che, in caso di **Decesso dell'Assicurato**, prima della scadenza dell'Assicurazione, offre ai Beneficiari designati il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato.

Sono inoltre presenti le seguenti coperture complementari, che sono facoltative ed opzionali, in aggiunta alla Garanzia Principale per il caso Decesso:

- Complementare Infortuni (che prevede il riconoscimento del doppio del Capitale Assicurato in caso di Morte da Infortunio o Incidente Stradale);
- Invalidità Totale Permanente (ITP - che prevede la liquidazione dell'intera Somma Assicurata per Invalidità Totale Permanente in caso di Infortunio o Malattia).

Che cos'è

Le garanzie offerte dal prodotto

Garanzia Principale:

- **Decesso dell'Assicurato per qualunque causa**, per cui la Compagnia paga al Beneficiario un importo pari al Capitale Assicurato.

Garanzie Opzionali:


In aggiunta alla Garanzia Principale, possono essere facoltativamente selezionate le seguenti Garanzie Complementari:

- per capitali assicurati almeno pari a 50.000 Euro e fino a 1.000.000,00 Euro Complementare Infortuni, che prevede in caso di Morte da Infortunio o Incidente Stradale il pagamento di un ulteriore indennizzo pari al capitale assicurato. In tal caso quindi la prestazione complessiva riconosciuta, considerando anche la Garanzia Principale, è pari al doppio del Capitale Assicurato.
- per capitali assicurati almeno pari a 50.000 Euro e fino a 2.000.000,00 Euro Invalidità Totale Permanente, che garantisce un indennizzo pari al 100% della somma assicurata in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.

Cosa copre

Leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra la polizza e le garanzie in modo immediato e nei tratti essenziali, ma non ha valore contrattuale e, pertanto, non sostituisce né integra i termini e le condizioni a cui l'assicurazione è prestata, che sono esclusivamente quelli previsti negli articoli di seguito riportati.

Per aiutare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sarà talvolta indicato il simbolo  "Da tenere a mente". Invitiamo a fare riferimento al Glossario in cui sono riportate con l'iniziale maiuscola le definizioni dei termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione.



Ti ricordiamo che è a tua disposizione anche il nostro Assistente Virtuale: Alin!

Dove puoi trovare Alin? È semplice! Alin è sempre disponibile:



via web all'indirizzo <https://bnpparibascardif.it>





via WhatsApp al numero 02/77224767.


Dove trovare tutti i tuoi documenti e le informazioni importanti della Polizza?



1 - Nella tua area riservata MyCardif

Le informazioni di dettaglio sulla Polizza sono disponibili al Contraente accedendo alla sua area riservata sul sito www.bnpparibascardif.it con le credenziali create in fase di registrazione. È possibile visualizzare le coperture in essere, con il dettaglio delle caratteristiche di prodotto e delle scadenze e i Premi pagati.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sulla Polizza
numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39/0277224686
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00

 Da tenere a mente



Glossario

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione che può coincidere o meno con il Contraente.

Assicurazione (Polizza)

Contratto sottoscritto dal Contraente al quale la Compagnia presta le Garanzie Assicurative.

Banca

Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL)

Beneficiario

Persona fisica o giuridica indicata dal Contraente che ha diritto al Capitale Assicurato.

Per la Garanzia Invalidità Totale Permanente, il Beneficiario è l'Assicurato.

Capitale Assicurato

Importo indicato dal Contraente nella Proposta di Polizza, che costituisce la somma che la Compagnia si impegna a pagare a favore del Beneficiario in caso di Decesso, Complementare Infortuni o Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.

Carenza

Periodo della durata di 6 mesi immediatamente successivo alla Data di Decorrenza in cui le Garanzie Assicurative sono sospese.

Compagnia, Società, Cardif

BNP Paribas Cardif Vita Compagnia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A., Compagnia soggetta a direzione e coordinamento di BNP Paribas Cardif, per brevità, anche "Cardif Vita S.p.A."

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 11552470152
- REA: 1475525
- Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: 1.00126
- PEC: cardifspa@pec.cardif.it
- Email: servizioclienti@cardif.com
- Telefono: 02.77224.1
- Sito web: www.bnpparibascardif.it
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 19.11.1996 (G.U. n°279 del 28.11.1996)

Cardif Assurances Risques Divers S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a direzione e coordinamento di BNP Paribas Cardif.

- Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano;

- Sede legale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi (Francia);
- Capitale sociale: Euro 21.602.240.
- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916500153;
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione: I.00011;
- Autorizzata con D.M. del 27.02.1989.

Condizioni di Assicurazione

Clausole contrattuali che regolano le Garanzie Assicurative.

Consenso dell'Assicurato

Documento con il quale l'Assicurato diverso dal Contraente presta il proprio consenso per la validità dell'Assicurazione e attraverso la sottoscrizione ne accetta le relative caratteristiche e condizioni. Questo documento rappresenta parte integrante della documentazione di Polizza.

Contraente

Persona fisica o giuridica - titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca - che può coincidere con l'Assicurato o il Beneficiario caso morte che stipula l'Assicurazione e paga il Premio.

Data di Decorrenza

Data riportata nella Lettera di Conferma inviata da parte della Compagnia al Contraente che ha sottoscritto la Proposta di Polizza. La copertura è efficace dalle ore 24 della data riportata nella lettera, fermo il periodo di Carenza e previo il pagamento del Premio di Polizza.

Decesso

Morte dell'Assicurato.

Età Assicurativa

Si determina considerando il numero di anni compiuti dall'Assicurato alla data di calcolo, eventualmente aumentato di uno nel caso siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno. Ad esempio l'Assicurato che - alla data di sottoscrizione della Proposta di Polizza - ha 50 anni e 7 mesi ha un'Età Assicurativa di 51 anni mentre l'Assicurato che ha 50 anni e 3 mesi ha un'Età Assicurativa di 50 anni.

Garanzia Assicurativa Principale

La Garanzia Decesso offerta dall'Assicurazione

Garanzia Complementare Infortuni

In caso di Decesso da Infortunio o Incidente Stradale garantisce il pagamento di un ulteriore importo pari al Capitale Assicurato in caso di Morte da Infortunio o da

Incidente Stradale. In tal caso quindi la prestazione complessiva riconosciuta, considerando anche la Garanzia Principale, è pari al doppio del Capitale Assicurato.

Invalidità Totale Permanente

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che a seguito di malattia o infortunio, indipendenti dalla sua volontà, oggettivamente accertabili e diagnosticate o sopravvenuti dopo la stipula e prima della cessazione dell'assicurazione, abbia perso in modo totale e permanente la capacità di esercizio di qualunque attività lavorativa indipendentemente dalla professione da lui svolta al momento del sinistro. L'invalidità si intende totale quando ai sensi delle tabelle INAIL riportate nel Decreto Ministeriale 12 luglio 2000, concernente il danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali sia superiore al 65%.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di Assicurazione.

Lettera di Conferma

Documento con cui la Compagnia accetta la Proposta di Polizza effettuata dal Contraente. La Lettera di Conferma è parte integrante della documentazione contrattuale perciò il Contraente è tenuto a conservarne una copia.

Network convenzionato

Rete di Istituti di Cura, Centri Medici, medici specialisti, professionisti medici che fornisce le prestazioni sanitarie in base a una convenzione con la Struttura Operativa della Compagnia.

Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region")

S'intendono i Paesi sottoposti ad embargo totale che, salvo successivi aggiornamenti, alla data di redazione di questo documento risultano essere Cuba, Iran, Nord Corea, Siria, Regione Crimea/Sebastopoli, Donetsk e Luhansk.

Premio

Somma che il Contraente paga alla Compagnia per avere diritto alle Garanzie Assicurative previste dall'Assicurazione.

Proposta di Polizza

Documento sottoscritto dal potenziale Contraente con il quale lo stesso richiede alla Compagnia di stipulare l'Assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate nel documento stesso.

Questionario Finanziario

Documento necessario per valutare, secondo i criteri assuntivi definiti nelle Condizioni di Assicurazione, le condizioni economiche dell'Assicurato.

Questionario Medico (Semplificato o Completo)

Documento con il quale la Compagnia, in base ai casi previsti, pone all'Assicurato o al medico curante domande sul suo stato di salute, sulle sue attività sportive e professionali svolte dall'Assicurato per valutare il rischio prima di richiedere l'accesso alla copertura. In base all'Età e al Capitale Assicurato la Compagnia può richiedere la compilazione di un Questionario Medico Semplificato o Completo.

Rapporto di Visita Medica

Documento contenente la dichiarazione del medico curante che attesta le condizioni fisiche dell'Assicurato.

Servizio Clienti

Struttura della Compagnia a cui l'Assicurato può rivolgersi per l'apertura e la gestione di un Sinistro o per richiedere informazioni sulla Polizza.

Set Informativo

L'insieme dei documenti previsti dal Regolamento IVASS n. 41 del 02.08.2018 che devono essere contestualmente consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto e pubblicati nel sito internet della Compagnia. Il Set informativo è costituito dal DIP, dal DIP aggiuntivo e dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dalla Proposta di Polizza/Consenso dell'Assicurato.

Sinistro

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Sospensione

Durante la vita della Polizza come specificato nelle Condizioni di Assicurazioni è possibile sospendere l'efficacia della garanzia. Quando viene richiesto il ripristino dell'operatività, questa si definisce riattivazione.

Struttura Operativa

Struttura che provvede all'erogazione delle visite mediche previste in base alla presente Polizza. La Struttura, che opera per conto della Compagnia è: My Assistance s.r.l. - Via Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano.

Titolare Effettivo

La/e persona/e fisica/he che possiede/ono o controlla/no direttamente o indirettamente il Contraente persona giuridica.



Norme che regolano le Garanzie Assicurative

Art. 1. Cosa e Chi copre l'Assicurazione?

L'Assicurazione è una Temporanea Caso Morte che offre - nei limiti delle Condizioni di Assicurazione - il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato ai Beneficiari designati in caso di Decesso dell'Assicurato che avvenga prima della scadenza dell'Assicurazione.

In aggiunta alla prestazione Decesso, per Capitali Assicurati almeno pari a 50.000 Euro e fino a 1.000.000,00 può essere facoltativamente attivata la Garanzia Complementare Infortuni.

È possibile inoltre attivare per Capitali almeno pari a 50.000 Euro e fino a 2.000.000,00 la Euro Garanzia Complementare in caso di Invalidità Totale Permanente.

I dettagli relativi alle prestazioni sono indicati all'Art. 5.


In caso di Capitale Assicurato uguale o superiore a 500.000 Euro, l'assicurando ha la possibilità di effettuare le visite mediche previste in base alla tabella indicata all'Art. 4 in forma rimborsuale rivolgendosi al Network convenzionato. Per accedere a tale opzione, l'assicurando dovrà contattare tale Network al seguente recapito telefonico: 02.303500043.

L'assicurando dovrà sostenere le spese previste che saranno rimborsate dalla Compagnia previa presentazione di apposita fattura rilasciata dal centro medico del Network.

Nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato, il rimborso verrà eseguito sul conto corrente intestato al Contraente mediante compilazione di apposito modulo che verrà fornito dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Polizza.

Tale rimborso sarà previsto anche nel caso in cui, a seguito di tali visite, l'assicurando non risulti assicurabile.

Art. 2. Chi si può assicurare?

 Può stipulare l'Assicurazione il Contraente - persona fisica o giuridica - che sia titolare e/o contitolare di un conto corrente presso la Banca. L'Assicurazione copre l'Assicurato che abbia un'Età Assicurativa compresa tra i 18 anni e i 70 anni al momento della firma della Proposta di Polizza da parte del Contraente e che non abbia ancora compiuto i 75 anni al momento della scadenza prescelta. Nel caso in cui sia una persona fisica diversa dal Contraente, l'Assicurato deve aver prestato il suo consenso scritto all'Assicurazione firmando l'apposito documento denominato Consenso dell'Assicurato.

Art. 2.1. Stato tabagico

Definizione dello stato di non fumatore dell'Assicurato ed eventuali modifiche dello stato tabagico

Ai fini della presente Assicurazione si definisce non fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno tre anni dalla data di sottoscrizione della Polizza.

Si definisce invece fumatore una persona che dichiara di avere fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento della sottoscrizione.

Lo stato di non fumatore dell'Assicurato deve essere formalizzato mediante apposita dichiarazione, riportata nella Proposta di Polizza, sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato se persona diversa, poiché è uno degli elementi che incide sulla determinazione della tariffa comportando un Premio inferiore rispetto a quello che sarebbe previsto in caso di Assicurato fumatore.

In caso di dichiarazione inesatta circa lo stato di non fumatore dell'Assicurato si applica quanto previsto al successivo Art. 15.

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato modifichi il suo stato tabagico rispetto a quello inizialmente dichiarato, il Contraente sarà tenuto, unitamente all'Assicurato se persona diversa, a darne comunicazione alla Compagnia secondo le modalità previste nel successivo Art. 16. Quest'ultima provvederà ad annullare la polizza alla

prima scadenza utile.

Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?

3.1 - Condizioni al momento della firma della Proposta di Polizza

Oltre a quanto previsto dall'Art. 2, l'Assicurazione può essere stipulata dal Contraente se tutti i seguenti requisiti sono soddisfatti:

- l'Assicurato ottiene una valutazione medica positiva rispondendo a tutte le domande del Questionario Medico;
- l'Assicurato presenta una differenza tra altezza e peso pari o compresa tra 80 e 120;
- l'Assicurato, ove previsto, deve sottoporsi a visita medica e ad esami aggiuntivi, facendo redigere dal medico curante il Rapporto di visita medica;
- il Contraente ha la propria residenza in Italia e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- l'Assicurato ha il domicilio e la residenza in Italia;
- il Titolare Effettivo (se presente) non è residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio;
- il Contraente (se persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) e/o l'Assicurato non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- Il Beneficiario non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- Il Beneficiario non è residente (se persona fisica) o non ha la sede legale (se persona giuridica) in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio.

3.2 - Condizioni in corso di Assicurazione

Dopo la stipulazione, l'Assicurazione opera solo se sono soddisfatti tutti questi requisiti:

- il Contraente resta in vita e mantiene la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- l'Assicurato resta in vita - e, se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente, senza uno stato di Invalidità Totale Permanente - e mantiene il domicilio e la residenza in Italia;
- gli Stati in cui il Titolare Effettivo (se presente) era residente al momento della stipulazione continuano a non essere residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero continuano ad essere Paesi terzi non ad alto rischio; oppure gli Stati in cui il Titolare Effettivo trasferisce la residenza dopo la stipulazione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero non sono ad alto rischio;
- il Contraente (se persona fisica), il Titolare Effettivo (se presente) e/o l'Assicurato continuano a non fa parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- Il Beneficiario continua a non far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- Il Beneficiario continua a non essere residente (se persona fisica) o a non avere la sede legale (se persona giuridica) in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio.

L'Assicurato e/o il Contraente e/o il Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni lavorativi con le modalità indicate al successivo Art. 16, la perdita di uno o più requisiti. Se la comunicazione è fatta in ritardo, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi di gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della perdita del requisito.

La Garanzia Assicurativa termina dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato al successivo Art. 13.

Ricorda quindi che la Garanzia Assicurativa non opera per i Sinistri successi dopo:

- la morte - o, se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente, l'Invalidità Totale Permanente - dell'Assicurato;
- il trasferimento della residenza o domicilio o sede legale del Contraente fuori dall'Italia;
- la data del trasferimento fuori dell'Italia della residenza o domicilio abituale dell'Assicurato;



- la data di acquisizione, da parte del Titolare Effettivo, della residenza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio, o dopo l'applicazione di tali sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza originaria del Titolare Effettivo.

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

3.3 - Informazioni e documentazioni integrative

La Compagnia nell'ambito dell'assolvimento dei propri obblighi in materia di antiriciclaggio e di antiterrorismo, si riserva la facoltà di acquisire ulteriori informazioni o documentazione integrativa, anche nel corso del rapporto, al fine di:

1. verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie internazionali ed embarghi disposti dal Comitato di Sicurezza Finanziaria, dall'Unione Europea, dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite e dalle Autorità statunitensi, ivi incluse le regole che impongono limiti alla Compagnia, comprendenti il blocco di alcune operatività in Paesi Major Sanctioned Countries & Region come, di volta in volta, segnalati (tra questi ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli, Repubbliche Popolari di Donetsk e Luhansk);

2. non concludere il contratto assicurativo, risolverlo e/o non eseguire le prestazioni contrattuali, in tutte le situazioni previste dalla legge o dai regolamenti comunitari o internazionali ovvero in quelle ritenute particolarmente rischiose dalle Autorità, anche europee, che vigilano il settore assicurativo e finanziario (ad es. EIOPA-EBA-ESMA).

La mancata, o anche incompleta, trasmissione dei dati o dei documenti richiesti dalla Compagnia sul Contraente, sull'Assicurato, sul Beneficiario o la mancata comunicazione che gli stessi abbiano, in modo diretto o indiretto, rapporti economici o commerciali, di importo significativo o continuati nel tempo, con persone o società o altre entità che siano residenti, domiciliate o costituite in Paesi MSC & Region o sottoposte a misure restrittive dell'operatività internazionale, oppure con società/entità da essi controllate o partecipate, potrà comportare l'obbligo per la Compagnia di astenersi dal compimento dell'operazione richiesta, come previsto dalla normativa vigente.

Art. 4. Come stipulare l'Assicurazione?

Il potenziale Contraente manifesta il proprio interesse ad aderire alle Polizze sottoscrivendo la Proposta di Polizza in una delle seguenti modalità:

- alla presenza di un addetto della Banca all'interno dei locali della stessa, sottoscrivendo la Proposta di Polizza mediante firma autografa;
- alla presenza di consulenti finanziari e agenti abilitati all'offerta in sede e fuori sede, sottoscrivendo la Proposta di Polizza mediante firma autografa.

Nel caso in cui Contraente e Assicurato non coincidano, l'Assicurato deve firmare con le stesse modalità sopra descritte il Consenso dell'Assicurato.

Dopo aver firmato la Proposta di Polizza, che ha una validità massima pari a 180 giorni, l'Assicurazione è conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'avvenuta accettazione da parte della Compagnia tramite Lettera di Conferma.

Fino a quel momento, la Proposta di Polizza può essere revocata dal Contraente, con comunicazione scritta, anche mediante utilizzo del modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stata firmata. In questo caso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricezione della revoca, le somme eventualmente versate. Inoltre, la validità della Proposta di Polizza è subordinata all'espletamento delle seguenti formalità assuntive previste dalla Compagnia:



CAPITALE ASSICURATO (IN EURO)	FASCIA D'ETA'		
	D 18 A 50 ANNI	DA 51 A 65 ANNI	DA 66 A 75 ANNI
DA 50.000 A 150.000	QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO	QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RYM
DA 150.001 A 300.000		QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE
DA 300.001 A 500.000	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO • PSA (SOLO UOMINI OLTRE 50 ANNI)
DA 500.001 A 750.000		QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO • PSA (SOLO UOMINI OLTRE 50 ANNI)	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO • ECG SOTTO SFORZO • PSA (SOLO UOMINI OLTRE 50 ANNI)
DA 750.001 A 1.000.000	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO • ECG SOTTO SFORZO • PSA (SOLO UOMINI OLTRE 50 ANNI)	
DA 1.000.001 A 2.000.000	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO	QUESTIONARIO MEDICO COMPLETO • RAPPORTO DI VISITA MEDICA • ANALISI COMPLETA URINE • ANALISI COMPLETA SANGUE • ECG A RIPOSO • ECG SOTTO SFORZO • PSA (SOLO UOMINI OLTRE 50 ANNI)	

Per importi superiori a Euro 1.000.000,00 è richiesta la compilazione anche del Questionario Finanziario.

Art. 5. Quali sono le prestazioni della Polizza?

Art. 5.1 Decesso (Garanzia sempre operante)

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza pattuita, la Compagnia paga un importo pari al Capitale Assicurato, **entro i limiti di cui all'Art. 6**, ai Beneficiari designati e la Polizza cesserà i suoi effetti.

Art. 5.2 - Garanzia Complementare Infortuni (operante se selezionata in Polizza)

Tale Garanzia prevede il pagamento ai Beneficiari designati di un ulteriore capitale che si aggiunge a quello previsto dalla Garanzia Decesso, determinato come segue:

- in caso di Decesso dell'Assicurato causato da infortunio o da incidente stradale, sarà liquidato un capitale aggiuntivo di importo pari a quello previsto dalla Garanzia Principale;

Ad esempio: in presenza di una Polizza con Capitale Assicurato della Garanzia Decesso pari a 100.000,00 Euro, se il Decesso dell'Assicurato avviene nel corso della durata contrattuale a causa di infortunio o di incidente stradale, sarà liquidata una prestazione assicurata complessiva pari a 200.000,00 Euro (= 100.000,00 Euro della Garanzia Decesso + 100.000,00 Euro della Garanzia Complementare Infortuni);

Agli effetti della Garanzia Complementare Infortuni, s'intende per:

- **infortunio**, un evento - **avvenuto dopo la Data di Decorrenza** - dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il Decesso dell'Assicurato;
- **infortunio conseguente ad incidente stradale**, quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga, **dopo la Data di Decorrenza**, su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta il suo decesso.

La presente Garanzia Complementare sarà efficace anche qualora il Decesso non sia immediato rispetto all'infortunio, **purché avvenga entro dodici mesi dall'infortunio stesso e la causa del Decesso sia provata da certificato di morte.**

Qualora invece a seguito di infortunio o di incidente stradale si verifichi uno stato di Invalidità Totale Permanente, se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente, verrà liquidato il capitale previsto per il caso di ITP e la polizza cesserà i suoi effetti.

Sono compresi nella Garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale;
- gli infortuni che colpiscano l'Assicurato durante voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili, compresi gli elicotteri, da trasporto pubblico di imprese di linee aeree regolari anche durante i viaggi straordinari e speciali.

Art. 5.3 - Invalidità Totale Permanente (operante se selezionata in Polizza)

In caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato manifestatasi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento al Beneficiario/Assicurato di un importo **pari al 100% del Capitale Assicurato previsto dalla Garanzia Decesso.**

- **La prestazione assicurata può essere richiesta qualora la Proposta di Polizza sia in vigore ed in regola con il pagamento dei premi.**
- **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale senza che si sia manifestata alcuna Invalidità Totale Permanente, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia stessa.**
- **In caso di liquidazione della prestazione per Invalidità Totale Permanente, la Polizza cessa i propri effetti come per il caso di Decesso.**

Per Invalidità Totale Permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa (capacità lavorativa generica), indipendentemente da quella effettivamente svolta dall'Assicurato, sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

L'Invalidità Totale Permanente deve essere stata causata, **indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, da una malattia organica o da un infortunio che risultino oggettivamente accertabili.**

Per data del Sinistro si intende:

- In caso di Invalidità Permanente da Malattia: il giorno in cui si è stabilizzato il quadro clinico secondo la relazione medico-legale. Se questa non ci fosse, il giorno di presentazione della domanda alla ASL, all'INPS o all'INAIL.
- In caso di Invalidità Permanente da Infortunio: il giorno in cui si è verificato l'infortunio.

Il grado di Invalidità Permanente si calcola in base alle tabelle INAIL sull'indennizzo del danno biologico (Art. 13 del D. Lgs 38/2000 e successive modifiche e integrazioni).

Art. 6. Quali sono i Massimali?



Il Contraente potrà scegliere, all'atto della sottoscrizione della Proposta di Polizza, un Capitale Assicurato tra un minimo di Euro 50.000,00 e un massimo di Euro 2.000.000,00 sia per la Garanzia Principale Decesso sia per la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente. Per la Garanzia Complementare Infortuni il Capitale Assicurato non potrà essere superiore ad Euro 1.000.000,00 e tale Garanzia Complementare potrà essere selezionata, in aggiunta alla Garanzia Principale Decesso, solo se quest'ultima avrà a sua volta un Capitale Assicurato non superiore ad Euro 1.000.000,00.

Art. 7. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

Per quanto riguarda la Garanzia Decesso, l'Assicurazione non copre gli eventi che succedono in queste circostanze:

1. attività volontaria (dolo) del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
2. partecipazione dell'Assicurato a delitti volontari (dolosi) e colposi;
3. sinistri legati a una guerra, dichiarata o non dichiarata, compresi (in via esemplificativa ma non esaustiva) guerra civile, insurrezione, atti di terrorismo, occupazione militare, invasione. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero, l'esclusione sarà operativa trascorsi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, sempre che l'Assicurato si trovasse già sul posto al momento di tale inizio.
4. Suicidio:
 - a. per Capitali Assicurati inferiori o uguali a Euro 500.000,00 se avviene nei primi 12 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 - b. per Capitali Assicurati superiori a Euro 500.000,00 se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 - c. nei primi 12 mesi dall'eventuale data in cui l'Assicurazione viene riattivata dopo la sospensione.
5. Sinistri dovuti a incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
6. Sinistri che siano conseguenza diretta di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione continua di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
7. Decesso avvenuto entro i primi 5 anni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione se dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o ad altra patologia a questa collegata;
8. Contaminazione nucleare o chimica, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
9. Qualsiasi trattamento medico e/o estetico non prescritto e/o non eseguito da un medico.

Restano anche esclusi dalla Garanzia i casi di Decesso causati da:

- pratica delle seguenti professioni: utilizzo o esposizione, anche se occasionali, a sostanze esplosive, tossiche o corrosive, infiammabili; estrazione di petrolio o gas naturali, attività lavorative svolte in miniere, altiforni e piattaforme petrolifere; scavi in profondità, terrestri, marini e lacustri; esercizio di qualunque attività lavorativa svolta ad altezze superiori ai 20 metri dal suolo; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; collaudatore di veicoli; guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari ecc.) con uso di armi; vigili del fuoco; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- pratica delle seguenti attività sportive: esercizio, a qualunque livello (amatoriale, professionista, ecc) di sport aerei (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD 10 capitolo V F00-F99.

Per quanto riguarda la Garanzia Complementare Infortuni, la copertura non opera **quando l'infortunio mortale dipenda, direttamente o indirettamente, da:**

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti temerari intrapresi dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- stati di ubriachezza dell'Assicurato nel caso questi rimanga vittima come conducente di veicoli o natanti a



motore;

- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In tutti i suddetti casi non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione.

Per quanto riguarda la Garanzia Invalidità Totale Permanente, la copertura non opera se l'Invalidità Totale Permanente stessa è stata causata da:

- malattie preesistenti alla Data di Decorrenza del contratto o che siano espressione o conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente a tale data;
- infortuni occorsi anteriormente alla data di decorrenza del contratto.

Inoltre, sono esclusi dalla Garanzia i casi di Invalidità Totale e Permanente causati da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- dolo, atti dolosi o qualsiasi atto intenzionale dell'Assicurato che induca pregiudizi fisici;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in quanta di membro dell'equipaggio;
- tentato suicidio;
- patologie derivanti da abuso d'alcool;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di patente scaduta da non 00 di sei mesi;
- sindrome d'immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Restano anche esclusi dalla Garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente causati da:

- pratica delle seguenti professioni: utilizzo o esposizione, anche se occasionali, a sostanze esplosive, tossiche o corrosive, infiammabili; estrazione di petrolio o gas naturali, attività lavorative svolte in miniere, altiforni e piattaforme petrolifere; scavi in profondità, terrestri, marini e lacustri; esercizio di qualunque attività lavorativa svolta ad altezze superiori ai 20 metri dal suolo; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; collaudatore di veicoli; guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari ecc.) con uso di armi; vigili del fuoco; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- pratica delle seguenti attività sportive: esercizio, a qualunque livello (amatoriale, professionista, ecc) di sport aerei (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali, indicate nella classificazione internazionale delle malattie ICD 10 capitolo V F00-F99.

Art. 8. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

8.1 - Quando iniziano e quanto durano?

Le coperture decorrono dalle ore 24 del giorno indicato nella Lettera di Conferma se è stato pagato il Premio annuale/frazionato mensile; in caso contrario le Coperture decorreranno dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. In caso di mancato addebito del premio, la Compagnia provvederà a reiterare la richiesta di addebito nei 5 giorni successivi. Qualora l'addebito avvenga le Coperture decorreranno dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio. È fatto salvo quanto disposto in caso di esercizio del diritto di Recesso.



L'Assicurazione **può durare tra i 5 e i 30 anni**, in base alla scelta del Contraente fatta nella Proposta di Polizza.

Le Garanzie Assicurative non sono operanti nel periodo di Carenza previsto per le Garanzie Assicurative Decesso e, limitatamente al caso di malattia, Invalidità Totale Permanente, pari ai primi 6 mesi dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, tranne nel caso in cui:

- L'Assicurato scelga un Capitale Assicurato superiore a Euro 500.000. In questo caso la carenza è automaticamente azzerata;
- il Decesso sia conseguenza diretta di:
 1. tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinica generalizzata, encefalite post-vaccinica, se queste malattie infettive acute siano insorte dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 2. shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
 3. infortunio o Infortunio da incidente stradale avvenuto dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano fermi i casi di esclusione previsti all'Art. 7.

8.2 - Quando si rinnovano?

Alla scadenza indicata nella Proposta di Polizza, l'Assicurazione cessa e non può essere rinnovata.

8.3 - Quando cessano?

Prima della scadenza dell'Assicurazione, le Garanzie Assicurative cessano nei seguenti casi:

Evento	Data di cessazione
Decesso - o, se acquistata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente, Invalidità Totale Permanente - dell'Assicurato	Immediata in caso di Decesso. Dal momento della liquidazione del Sinistro in caso di Invalidità Totale Permanente
Diritto di ripensamento del Contraente	Data di Decorrenza
Diritto di recesso da parte della Compagnia	Data di Decorrenza
Comunicazione alla Compagnia del cambio di stato tabagico	Dalla prima scadenza utile
Dichiarazioni inesatte/reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia	Data di Decorrenza
Raggiungimento della scadenza della Polizza	Data di scadenza
Mancato pagamento del Premio	6 mesi dopo la Data di scadenza di pagamento del Premio

Inoltre, le Garanzie Assicurative cessano con riferimento al singolo Assicurato con:

- **il compimento da parte dell'Assicurato del 75° anno di Et ;**
- **il sopravvenuto alcolismo e/o tossicodipendenza di un Assicurato, con effetto immediato;**
- **aggravamenti del rischio non noti o non accettati da Cardif.**

Art. 9. Chi   il Beneficiario delle Garanzie Assicurative?

Per la Garanzia Principale Decesso, il Contraente ha la facolt  di designare il Beneficiario dell'Indennit  in forma nominativa o generica nella Proposta di Polizza al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione.

Nel caso di designazione generica il Contraente ha facolt  di designare il Beneficiario nell'ambito delle categorie di soggetti indicate nella Proposta di Polizza.

La designazione   revocabile e modificabile dal Contraente in qualsiasi momento successivo all'emissione della Polizza compilando e inviando alla Compagnia l'apposito modulo presente sul sito www.bnpparibascardif.it (Gestione Clienti > Gestione del Contratto). Ogni modifica di Beneficiario annulla e sostituisce la designazione precedente (far  fede la data indicata sul modulo). Le modifiche relative alla scelta del Beneficiario devono essere comunicate per



iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

La scelta dei Beneficiari può essere revocata o modificata in qualsiasi momento, tranne in questi casi:

- dagli eredi dopo la morte del Contraente oppure dopo che, verificatosi il Sinistro, il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto di voler profittare del beneficio;
- dopo che il Contraente abbia rinunciato per iscritto al potere di revoca e il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto al Contraente di voler profittare del beneficio.

Per la Garanzia Invalidità Totale Permanente, il Beneficiario è l'Assicurato.

In ogni caso, non possono essere Beneficiari i residenti, o in caso di persone giuridiche chi abbia sede legale, in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Il Beneficiario riceve l'Indennità direttamente dalla Compagnia oppure attraverso la Banca.

L'Indennità corrisposta a seguito di Decesso non rientra nell'asse ereditario; in caso di pluralità di Beneficiari, la Compagnia ripartirà la prestazione assicurata in base alla percentuale indicata dal Contraente nella Proposta di Polizza.

Se il Contraente manifesta specifiche esigenze di riservatezza può indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di Decesso dell'Assicurato.

Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?

Il Premio è annuale e deve essere pagato per tutta la durata dell'Assicurazione o fino al momento del Decesso o - se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente - dell'Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.

Il Premio può essere pagato in un'unica soluzione oppure rateizzato con frazionamento mensile, senza costi aggiuntivi. Entrambe le modalità di pagamento danno diritto a regolare quietanza del pagamento del Premio.

Il Premio è determinato in base alle coperture selezionate, all'ammontare del Capitale Assicurato scelto dal Contraente, alla durata della Polizza, all'Età Assicurativa dell'Assicurato e allo stato tabagico. Ciascun Premio viene corrisposto mediante addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente, come da "autorizzazione permanente di addebito" sottoscritta dal Contraente stesso.

Ove previsto, in caso di chiusura del conto corrente della Banca, il Contraente potrà proseguire il rapporto assicurativo e corrispondere i premi mediante addebito diretto sul nuovo conto corrente del Contraente che deve essere comunicato alla Compagnia mediante richiesta scritta.

È comunque facoltà del Contraente modificare la rateazione dei versamenti che deve essere comunicata alla Compagnia con le modalità previste all'Art. 16. Tale comunicazione potrà avvenire, se la richiesta è di passare da un frazionamento mensile ad annuale, alla prima scadenza utile del mese. Se invece la richiesta è di passare da un frazionamento annuale a mensile, la richiesta potrà essere fatta solo in fase di rinnovo della Proposta di Polizza.

Questa modifica comporta la suddivisione del Premio annuale in 12 rate mensili; rimangono comunque ferme le condizioni assuntive iniziali e la durata della copertura scelta in fase di sottoscrizione.

Se il Premio, eventualmente frazionato, viene pagato in ritardo rispetto alla scadenza pattuita, la Compagnia non applicherà interessi legali, se il pagamento avviene entro 30 giorni dalla scadenza del Premio.

Se il Contraente non paga il Premio alla scadenza pattuita, le Garanzie Assicurative sono sospese dalle ore 24:00 del giorno della scadenza e fino alla data di pagamento dell'intero importo del Premio arretrato.

La sospensione può essere richiesta anche su espressa volontà del Contraente. Quest'ultimo infatti ha facoltà di sospendere il pagamento dei premi in qualsiasi momento inviando apposita richiesta alla Compagnia con le modalità indicate all'Art. 16 "Come comunicare con la Compagnia?". In tal caso, la copertura è sospesa dal giorno della scadenza dell'ultimo Premio annuale/frazionato mensile pagato. A decorrere da tale data gli addebiti per il pagamento dei premi saranno interrotti e le Garanzie Assicurative non saranno più operanti.

Il Contraente ha la facoltà di riattivare l'Assicurazione inviando apposita richiesta alla Compagnia con le modalità indicate all'Art. 16. "Come comunicare con la Compagnia?" e pagando i Premi/Premio arretrati/o.

Il Contraente può però riattivare le Garanzie Assicurative:

- entro 30 giorni dalla data di scadenza del Premio annuale / Premio frazionato mensile versando il relativo importo arretrato;
- decorsi i 30 giorni dalla data di scadenza del Premio annuale / Premio frazionato mensile ed entro i successivi 5 mesi versando i Premi/Premio arretrati/o; in questa circostanza è facoltà della Compagnia richiedere oltre l'importo dei Premi anche il pagamento degli interessi legali.

In caso di riattivazione della Polizza, la Compagnia potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari, prima di renderla effettiva. In tutti i casi di riattivazione, la copertura assicurativa decorre di nuovo dalle ore 24:00 del giorno in cui saranno pagati tutti i premi arretrati e, ove previsto, gli interessi legali. Inoltre, sarà ripristinato l'addebito periodico dei premi, sull'ultimo conto corrente comunicato alla Compagnia, secondo il frazionamento scelto al momento nella Proposta di Polizza.

La riattivazione non può essere richiesta dopo 180 giorni dalla data della scadenza del primo Premio (o della prima delle rate di Premio) non pagati. L'Assicurazione si scioglie di diritto nel termine di 180 giorni da quando il Premio annuale / frazionato mensile è scaduto, se nel frattempo le Garanzie Assicurative non sono state riattivate, e i Premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Il contratto è soggetto alla normativa fiscale italiana. In particolare, al momento della redazione del presente contratto la normativa di riferimento risulta essere costituita dal D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modifiche e integrazioni.

In particolare si segnalano:

- la detraibilità ai fini IRPEF dei premi versati per la copertura avente per oggetto il rischio morte (nella misura e nei limiti stabiliti dalla legge);
- la detraibilità dei premi versati per la copertura avente per oggetto il rischio Invalidità Totale Permanente (nella misura e nei limiti stabiliti dalla legge);
- l'esenzione ai fini IRPEF e ai fini dell'imposta sulle successioni delle somme corrisposte in caso di premorienza dell'Assicurato.

Esempi di Premio sulla Garanzia Principale Decesso:

Età Assicurato	Stato tabagico	Durata Copertura	Capitale Assicurato	Premio Annuo
43	Fumatore	10 anni	100.000 €	340,95 €
43	Non Fumatore	10 anni	100.000 €	194,83 €

Art. 11. Dove valgono le Garanzie Assicurative?

Le Garanzie Assicurative valgono in tutto il mondo, **ferme le esclusioni di cui all'Art. 7.**

Art. 12. Si può recedere dall'Assicurazione?

12.1 Diritto di recesso del Contraente

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza contattando la Compagnia.

La comunicazione deve avvenire a mezzo raccomandata A/R, fax o tramite email ai seguenti recapiti:

Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 231 20123 Milano

Fax: 02 30329809

Email: lineapersone@cardif.com

Le coperture assicurative cessano dalle ore 24 del giorno di inoltro della comunicazione. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso le verrà restituito il Premio versato non goduto al netto delle imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale la copertura ha avuto effetto. Potranno essere trattenute le spese amministrative per l'emissione del contratto, come quantificate nella Proposta di Polizza.

12.2 Recesso della Compagnia



COME RECEDERE



La Compagnia può recedere se:

- le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato alla firma della Proposta di Polizza o nell'ambito delle formalità assuntive di volta in volta previste, risultano inesatte e incomplete; come indicato al successivo Art. 15;
- il Contraente o l'Assicurato entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

In questi casi, le Garanzie Assicurative cessano alle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'informazione.

Art. 13. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

La Compagnia restituisce il Premio, in tutto o in parte, nei seguenti casi:

- **perdita di uno o più requisiti indicati all'Art. 3.2:** la Compagnia restituisce al Contraente il Premio pagato, al netto della parte di Premio relativa al periodo in cui l'Assicurazione era efficace;
- **diritto di recesso del Contraente dall'Assicurazione:** la Compagnia restituisce al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso, il Premio (o le rate di Premio) eventualmente pagato;
- **dichiarazioni inesatte o reticenti** (in base agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile) la Compagnia restituisce al Contraente il Premio (o le rate di Premio) pagato;
- **modifica dello stato di rischio.**

Art. 14. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

 Oltre agli obblighi previsti da altre clausole delle Condizioni di Assicurazione:

- l'Assicurato deve fare eventuali accertamenti e controlli medici, se richiesti dalla Compagnia;
- l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, costituisce una modificazione del rischio l'intraprendere, anche a livello dilettantistico, un'attività sportiva pericolosa (es. sport aerei, automobilismo, motorismo, go-kart, deltaplano, immersioni subacquee, alpinismo oltre il 3° grado, ecc.);
- comunicare tempestivamente e per iscritto alla Compagnia nei modi indicati all'Art. 16 il sopravvenire di alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.



OBBLIGHI DA
OSSERVARE

Art. 15. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato, al momento della sottoscrizione, in particolare compilando il Questionario Medico: di conseguenza, essi hanno l'obbligo di dare informazioni veritiere, corrette e complete (in base agli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile) per un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia e **possono comportare la perdita del diritto a ricevere il Capitale Assicurato.**

Il Contraente e l'Assicurato devono altresì comunicare tempestivamente alla Compagnia per iscritto anche eventuali peggioramenti o modifiche dello stato di salute e ogni altro aggravamento del rischio, sia prima che durante la decorrenza dell'Assicurazione. Ricorda quindi che:

- in caso di modifica dello stato di salute dell'Assicurato prima della Data di Decorrenza che influisca sulle dichiarazioni contenute nel Questionario Medico, la Compagnia svolgerà nuovamente le formalità per la stipulazione dell'Assicurazione e avrà diritto di rifiutare la stipulazione dell'Assicurazione; e
- dichiarazioni inesatte o incomplete, nonché aggravamenti del rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere le prestazioni assicurative indicate nell'Art. 5 o, addirittura, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile.

Il Contraente e l'Assicurato devono inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio. Quest'ultima provvederà ad annullare la polizza alla prima scadenza utile.

Art. 16. Come comunicare con la Compagnia?



COME COMUNICARE
CON LA
COMPAGNIA



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Le comunicazioni del Contraente/Assicurato alla Compagnia riguardanti materie diverse da reclami o denunce di Sinistro devono essere inviate per iscritto a mezzo e-mail, posta, ad uno dei seguenti recapiti:

- tramite posta elettronica, per:
 - richieste di gestione della polizza successive all'acquisto: all'indirizzo e-mail lineapersone@cardif.com
 - richieste di informazioni sulla Polizza: all'indirizzo e-mail servizioclienti@cardif.com
- a mezzo posta a **Cardif - Back Office Protezione – Post Vendita Casella postale 231 - 20123 Milano;**

Alla comunicazione deve essere allegata la copia di un valido documento di identità e del codice fiscale. Telefonando al numero verde Servizio Clienti

800.900.780

(attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00)

si potrà anche chiedere informazioni relative alle caratteristiche dell'Assicurazione.



La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS.

L'area è consultabile dal Contraente attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione.

Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio o indirizzo e-mail comunicato dal Contraente/Assicurato e in base alla modalità comunicazione scelta nella Proposta di Polizza.

Art. 17. Cosa fare in caso di presenza di altre Polizze a copertura del medesimo rischio?

Le Garanzie Assicurative possono cumularsi con quelle di altre polizze stipulate per lo stesso rischio e il Contraente non è obbligato a comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre Polizze per lo stesso rischio.

Se selezionata la Garanzia Complementare Invalidità Totale Permanente, il Contraente e l'Assicurato possono non comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per gli stessi rischi, ma in caso di Sinistro devono comunque darne avviso a tutte le imprese di assicurazione interessate, indicando a ciascuna il nome degli altri assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile. Se volontariamente non lo fanno, la Compagnia può non pagare l'Indennizzo.

Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?

Il Contraente può cedere ad altri l'Assicurazione, secondo quanto previsto agli Art. 1406 e ss. del codice civile, con l'eventuale accettazione dell'Assicurato, ove diverso dal Contraente.

La cessione diventa efficace quando la Compagnia riceve la relativa comunicazione scritta da parte del Contraente e della persona che subentra nell'Assicurazione. La Compagnia comunica l'avvenuta cessione alle parti.

Il Contraente può anche dare in pegno ad altri l'Assicurazione o vincolarne le prestazioni; anche in questo caso, il pegno o il vincolo diventa efficace dopo la comunicazione scritta alla Compagnia, che annota la costituzione di pegno o vincolo su apposita appendice.

Il diritto all'Indennizzo relativo alla Garanzia Invalidità Totale Permanente è personale e quindi non può essere ceduto. Qualora l'Assicurato sia deceduto prima che la Compagnia abbia liquidato l'Indennizzo, lo stesso verrà versato agli eredi legittimi e/o testamentari.

Art. 19. Oneri

Pagina 14 di 23



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Futuri cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio verranno immediatamente recepite e comunicati al Contraente.

Art. 20. Quale legge si applica?

Si applica la legge italiana.

Si richiama in particolare l'attenzione sui seguenti articoli:

- ai sensi dell'art. 1920 Codice Civile il Beneficiario caso morte acquista, per effetto della designazione un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione nei confronti della Società. Ne consegue che le somme corrisposte a seguito di Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario;
- ai sensi dell'art. 1923 Codice Civile le somme dovute in dipendenza dei Contratti di Assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

Art. 21. Qual è il foro competente in caso di controversia?

Per qualunque controversia sull'applicazione o l'interpretazione della Polizza, il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente/Assicurato e/o avente diritto.

Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti paga le proprie spese e l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro; è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, senza alcuna formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi contestazione o impugnazione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Viene redatto un verbale in doppia copia, uno per ognuna delle parti, con i risultati delle decisioni arbitrali. Le parti possono comunque rivolgersi al giudice. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 22. Rinuncia alla rivalsa

Ad eccezione di eventi causati da atti volontari, la Compagnia rinuncia al suo diritto di sostituirsi nei diritti dell'Assicurato verso l'eventuale terzo responsabile del Sinistro ai sensi dell'art. 1916 del codice civile, purché l'Assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso tale responsabile.

Gestione del Sinistro

Art. 23. Come si denuncia un Sinistro?



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO

23.1 Decesso e Complementare Infortuni

In caso di Sinistro, **tutti i Beneficiari devono compilare e firmare la richiesta di pagamento dell'importo pari al Capitale Assicurato e inviarla – anche mediante consegna di apposito modulo disponibile presso le reti di vendita tramite le quali è stata firmato la Proposta di Polizza - attraverso uno di questi canali e unitamente alla documentazione di seguito indicata.**

Canale	Contatti
Telefono	- Numero verde dall'Italia: 800 900 780 - Numero dall'estero: 39/0277224686



Canale	Contatti
	Questi numeri sono attivi: <ul style="list-style-type: none"> • dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00
E-mail	documentisinistriprotezione@cardif.com
Posta	• Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri, Casella Postale 421 - 20123 Milano (MI).

L'Assicurato inoltre è consapevole che la richiesta di acquisire la documentazione medico-sanitaria risponde alla finalità di consentire alla Compagnia di verificare la presenza dei presupposti per la liquidabilità della prestazione assicurata; a tal fine si rammenta all'Assicurato la necessità di conservare la propria documentazione medico-sanitaria e di renderla disponibile ai Beneficiari. In ogni caso, la Compagnia e i Beneficiari cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione.

Per ottenere il pagamento, i Beneficiari devono inviare alla Compagnia questa documentazione:

- richiesta di pagamento, firmata da ciascun Beneficiario e dal Contraente (se diverso dall'Assicurato);
- fotocopia dei documenti di identità di ciascun Beneficiario (o del rappresentante pro tempore se l'avente diritto non è una persona fisica);
- certificato di morte dell'Assicurato;
- se il Decesso è avvenuto per incidente stradale, copia del verbale dell'autorità (Carabinieri, Polizia, ecc.) eventualmente intervenuta sul luogo dell'incidente stradale;
- certificato del medico che ha constatato il Decesso in loco oppure, in caso di Decesso in ospedale, altra documentazione equivalente;
- in caso di incidente stradale, sentenza dell'Autorità Giudiziaria sull'esito del relativo procedimento istruttorio (archiviazione o individuazione di eventuali responsabilità);
- certificato del medico curante redatto sull'apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- copia della documentazione (esami effettuati, relazioni mediche) dalla quale si evinca la data di prima diagnosi della malattia o infortunio causa del Decesso oppure Copia della cartella clinica relativa al ricovero durante il quale è stata diagnosticata la malattia causa del Decesso.

Andrà richiesta anche copia autenticata del testamento o un atto notorio che attesti l'assenza di testamento firmato da uno dei Beneficiari richiedenti o da uno degli eredi. Se la designazione del Beneficiario è avvenuta in forma generica (ad esempio: gli eredi, i figli, ecc.), l'atto notorio deve contenere i nominativi dei Beneficiari stessi con relativo grado di parentela. **Se il Beneficiario è un minore o un maggiore interdetto, la richiesta di pagamento deve essere firmata da chi ne esercita la potestà o dal tutore e alla Compagnia deve essere inviato anche il decreto di autorizzazione del giudice tutelare.**

Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria, potrà comunicarlo alla Compagnia e conferire specifica procura affinché la stessa, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa procedere alla richiesta della documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro.

Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Assicurato libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, i Beneficiari o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

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. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può essere gestita e i tempi di pagamento possono allungarsi.

Nel caso in cui l'Assicurazione:

- sia data in pegno, la richiesta di pagamento richiede anche il consenso scritto del creditore avente titolo;
- sia sottoposta a vincolo, la richiesta di pagamento deve essere firmata dal creditore vincolato, in quanto Beneficiario avente diritto al pagamento.



23.2 Invalidità Totale Permanente

Al manifestarsi della malattia o al verificarsi dell'infortunio che, secondo parere medico, comporti una Invalidità Totale Permanente, il Contraente o l'Assicurato devono dare avviso scritto alla Compagnia entro **quindici giorni dalla data di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio, ovvero dal momento in cui i medesimi o i propri aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata di cui all'Art. 5.**

La denuncia deve essere corredata da adeguata certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze della malattia o dell'infortunio e allo stato di invalidità permanente derivante dalla malattia o dall'infortunio.

Per il solo caso di infortunio la denuncia deve anche contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché delle cause che lo hanno determinato.

La Compagnia può sottoporre l'Assicurato ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici, mentre quest'ultimo si impegna a fornire alla Compagnia ogni possibile informazione a completamento della documentazione già acquisita, nonché ad inviare i certificati medici sul decorso della malattia o dell'infortunio per tutta la durata del periodo di cura e sino a quando la situazione non è stabilizzata.

Accertamenti dell'invalidità totale permanente

L'accertamento dell'Invalidità Totale Permanente spetta alla Compagnia ed è concordato direttamente da quest'ultima o da un perito appositamente incaricato - con il Contraente o con persona da questi designata. La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente viene effettuata, secondo i criteri di cui di seguito — Criteri di valutazione dell'Invalidità da malattia e — Criteri di valutazione dell'Invalidità da infortunio, non appena vi sia il consolidamento dei postumi invalidanti derivanti dalla malattia o dall'infortunio e comunque dopo che sia trascorso un periodo convenzionale massimo di sei mesi, a partire dalla data di ricevimento della denuncia. Al termine di tale periodo convenzionale la Compagnia avvia la fase di accertamento dell'Invalidità Totale Permanente, che dovrà concludersi entro un arco temporale massimo di tre mesi.

Fino a quando lo stato di invalidità totale permanente non sia stato accertato, il Contraente è tenuto al pagamento del premio di cui all'Art. 10.

Una volta accertato lo stato di invalidità, la Compagnia si impegna a restituire al Contraente un importo pari ai premi pagati successivamente alla data della denuncia, al netto delle imposte.

L'accertamento dell'invalidità effettuato anche successivamente alla scadenza contrattuale non fa venire meno la prestazione assicurata, a condizione che l'Invalidità Totale Permanente sia dovuta a malattie insorte o ad infortuni occorsi entro la scadenza contrattuale.

Criteri di valutazione dell'Invalidità da malattia

La Compagnia valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante da malattia, senza tenere in considerazione maggiori pregiudizi riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'Assicurato.

Resta inoltre inteso che, nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio della Compagnia - possa modificare positivamente lo stato di invalidità, la valutazione di quest'ultima viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che sarebbero residuati se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto a detto trattamento terapeutico e, dunque, senza tenere in considerazione il maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del trattamento medesimo.

Criteri di valutazione dell'Invalidità da infortunio

La Compagnia valuta le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità derivante da infortunio, senza tenere in considerazione maggiori pregiudizi riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla data di decorrenza del contratto e/o a menomazioni o difetti fisici congeniti dell'Assicurato. Agli effetti dell'invalidità permanente sono considerate dunque le sole conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, il grado dell'invalidità permanente, ai fini della operatività della prestazione assicurata, viene diminuito tenendo conto del grado di invalidità preesistente.



Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive la Compagnia procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, la Compagnia procederà alla valutazione dell'invalidità con criteri aritmetici fino a raggiungere, come massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso. La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione.

Art. 24. Quando sarà pagato il Capitale Assicurato?

La Compagnia paga il Capitale Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione richiesta, comprese eventuali integrazioni.

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

- in euro
- verso un conto corrente intestato all'avente diritto di un istituto di credito con sede nello Spazio Economico Europeo e, comunque, aperto presso un'agenzia bancaria che si trova in uno Stato membro dello Spazio Economico Europeo.

Ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile:

- i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione per il caso di Decesso si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione per il caso di Invalidità Totale Permanente si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di omessa richiesta di liquidazione entro i termini sopra indicati, il diritto alla liquidazione delle somme assicurate in polizza si prescrive e tali somme sono obbligatoriamente devolute al Fondo appositamente costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, secondo quanto disposto dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America ovvero in Paesi terzi ad alto rischio o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Reclami

Art. 25. A chi inviare un eventuale reclamo?

25.1 Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della Garanzia Assicurativa o sulla gestione dei Sinistri), devono essere inviati via e-mail, posta o telefax all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

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

Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il web-form presente sul sito internet della Compagnia:

www.bnpparibascardif.it

La Compagnia si impegna a rispondere entro 45 giorni. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, può



COME FARE UN
RECLAMO



rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

25.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e, consegnata a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se lei non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

25.3 Reclami all'IVASS

I reclami che riguardano la violazione della normativa di settore devono essere inviati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

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

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS potrà utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it, nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il suo nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali lei presenta il reclamo;
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

In ogni caso, può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo ricorso alla mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010).

Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Protezione dei dati personali

Art. 26. Protezione dei dati personali

Nell'ambito del rapporto assicurativo, ed in qualità di titolare del trattamento dei dati, la Compagnia è tenuta a ottenere dal cliente (da intendersi quale Contraente o Assicurato del contratto assicurativo, oppure i soggetti che li rappresentano, o il Titolare effettivo) alcuni dati personali che sono protetti ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n°2016-679 (GDPR). Ogni trattamento dei dati viene effettuato in conformità all'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente Set Informativo che contiene tutte le informazioni che la Compagnia è tenuta a fornire al cliente in merito al trattamento dei suoi dati personali.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione

Decesso

Soggetto A: 40 anni
Capitale Assicurato: 50.000,00€

In caso di Decesso i suoi eredi riceveranno un indennizzo pari a 50.000,00€.

Decesso

Soggetto B: 60 anni
Capitale Assicurato: 300.000,00€

In caso di Decesso i suoi eredi riceveranno un indennizzo pari a 300.000,00€.

Carenza in caso di Suicidio

Soggetto C: 45 anni
Capitale Assicurato: 75.000,00€
Data di Decorrenza: 28/08/2021

Data suicidio: 26/03/2022
RISCHIO ESCLUSO: il cliente non riceve il pagamento del Capitale Assicurato poiché il suicidio è avvenuto nel periodo di Carenza

Decesso e Complementare Infortuni

Soggetto B: 40 anni
Capitale Assicurato Decesso: 50.000,00€

In caso di Decesso da infortunio o incidente stradale, i suoi eredi riceveranno un indennizzo pari a 50.000,00€ per la Garanzia Principale Decesso ed in aggiunta ulteriori 50.000,00€ per la Garanzia Complementare Infortuni.

Decesso e Invalidità Totale Permanente (ITP)

Soggetto B: 60 anni
Capitale Assicurato Decesso: 300.000,00€
Capitale Assicurato ITP: 300.000,00€

In caso di ITP l'Assicurato riceverà un indennizzo pari a 300.000,00€.

ALLEGATO 1 - Tabella delle Invalidità (INAIL)

Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	15%
Sordità completa bilaterale	60%	60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	35%
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità applicazione di protesi	40%	40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella sottostante ALL.2)	-	-



Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	11% 30%	11% 30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	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 con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio: a) per la disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85% 80%	75% 70%
Perdita del braccio destro 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 del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	12%
Perdita totale dell'anulare	8%	8%
Perdita del mignolo	12%	12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	3%
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	30% 35% 45% 25%	25% 30% 40% 20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%



Tipologia di Sinistro	% invalidità permanente Destro			% invalidità permanente Sinistro		
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	40%	45%	55%	35%	40%	50%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%			15%		
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione	22%	25%	35%	18%	22%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%			45%		
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%			80%		
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%			70%		
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%			65%		
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%			55%		
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%			50%		
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%			30%		
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%			16%		
Perdita totale del solo alluce	7%			7%		
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3%			3%		
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%			35%		
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%			20%		
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%			11%		

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale, le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità perduta.

NOTE:

La tabella riporta l'allegato 2 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.

ALLEGATO 2 - Tabella di valutazione delle Menomazioni dell'acutezza visiva (INAIL Industria)

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

