

Polizza Infortuni (Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.)



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto: Infortuni Small Business
Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza BNL Infortuni Business è un prodotto assicurativo che tutela l'Assicurato fornendogli un Indennizzo in relazione al grado di invalidità permanente dovuto ad infortunio o una diaria predefinita per i giorni di inabilità lavorativa. La Polizza BNL Infortuni Business si rivolge a tutti i clienti di BNL, titolari e/o cointestatari di conto corrente di età non inferiore a 18 anni che siano Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti, titolari di imprese individuali che vogliano assicurare se stessi o a chiunque voglia assicurare un proprio dipendente.



Che cosa è assicurato?

✓ **Invalidità Permanente da Infortunio** superiore al 5%.

Massimale pari a:

OPZIONE A 100.000 Euro

OPZIONE B 200.000 Euro

OPZIONE C 300.000 Euro

✓ **Diaria da Inabilità Temporanea Totale da Infortunio** dal 6° giorno di inabilità fino ad un massimo di 180 giorni.

Massimale pari a:

OPZIONE A 50 Euro

OPZIONE B 100 Euro

OPZIONE C 150 Euro



Che cosa NON è assicurato?

✗ cliente con un'età inferiore a 18 anni;

✗ cliente con età superiore ai 74 anni;

✗ siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza.

Sono previste limitazioni legate alla residenza/domicilio del Contraente/Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- ! manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- ! detenzione, uso o manipolazione di armi, salvo l'uso sportivo o per la caccia, nel rispetto delle norme di legge che ne regolano l'utilizzo;
- ! lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo;
- ! lavoro ad altezze superiori a 20 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- ! attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- ! lavoro di guida di alta montagna;
- ! attività sportiva professionistica (gare, prove e allenamenti).
- ! Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ! atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata e non, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, l'occupazione militare e l'invasione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 1 punto 13;
- ! i Sinistri che siano diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine per motivi non terapeutici o dello stato di ebbrezza di cui all'art. 186 D.Lgs 285/92 o di ubriachezza;
- ! Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di velivolo non ndi voli di linea regolari, esercitato ad esempio da aeroclubs o società private di lavoro aereo;
- ! viaggi su aeromobili di società o aziende di lavoro aereo, per voli diversi dal trasporto pubblico e privato passeggeri; uso di aeromobili di aeroclubs;
- ! Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- ! Sinistri derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per finalità di terrorismo;
- ! Sinistri conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato possa dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- ! Infortuni causati dalla pratica professionale di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;

- ! Infortuni derivanti dalla pratica professionale di sport estremi. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e similari, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- ! pratica di sport aerei in genere e del volo dal diporto e sportivo (es. ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- ! partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista, e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- ! Infortuni 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;
- ! interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, salvo quanto previsto dall'Art. 1 punto 9.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete prestando molta attenzione a quanto riportato nella modulistica.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Polizza risultano essenziali per la Compagnia ai 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 degli stessi Sinistri. Inoltre, hai l'obbligo di comunicare alla Compagnia se hai perso nel corso della durata dell'Assicurazione, uno o più requisiti che devono permanere ai sensi di polizza. L'Assicurato ha l'obbligo, in caso di Sinistro, di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri assicuratori, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. L'omissione dolosa può consentire alla Compagnia di non liquidare la Prestazione prevista ai sensi di Polizza.

In caso di Sinistro devi comunicare alla Compagnia l'accaduto nei tempi e modi dalla stessa indicati, consegnare tutta la documentazione necessaria e attenerti alle eventuali ulteriori indicazioni fornite.



Quando e come devo pagare?

Puoi optare per un pagamento in un'unica soluzione oppure frazionare il Premio mensilmente; tale scelta è modificabile anche nel corso dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le Garanzie assicurative decorrono dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Polizza. L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, in mancanza di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

Per esercitare tale diritto, dovrai inviare alla Compagnia disdetta attraverso raccomandata A/R, fax o e-mail almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione Infortuni



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: Infortuni Small Business

Edizione Marzo 2021 (ultima edizione disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale 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.](#)

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 Assurances 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 155% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 646 milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 417 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=d44138a1-c773-0fa3-8147-8ae24d9876d3&groupId=348001

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUPERIORE AL 5%

Massimale pari a:

OPZIONE A 100.000 Euro

OPZIONE B 200.000 Euro

OPZIONE C 300.000 Euro

DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

In caso di Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio, la Compagnia liquida la Diaria indicata nel Modulo di Polizza.

La Diaria viene liquidata a partire dal 6° giorno di inabilità (6° giorno incluso) per tutto il tempo durante il quale l'Assicurato non ha potuto svolgere la sua attività professionalizzante, fino ad un massimo di 180 giorni per Infortunio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio

Non sono previste riduzioni di premio

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Premio aggiuntivo

La polizza prevede la possibilità di scegliere tra le seguenti Opzioni:

- OPZIONE A: Invalidità Permanente 100.000 Euro-Diaria da Inabilità Temporanea Totale 50 Euro
- OPZIONE B: Invalidità Permanente 200.000 Euro-Diaria da Inabilità Temporanea Totale 100 Euro
- OPZIONE C: Invalidità Permanente 300.000 Euro-Diaria da Inabilità Temporanea Totale 150 Euro



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- Il Contraente/Assicurato, qualora persona fisica, che non ha il proprio domicilio abituale/residenza in Italia; il Contraente, qualora persona giuridica, che non ha sede legale in Italia;
- Il Contraente/Assicurato persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli Assicurati che siano residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- il Contraente persona fisica, oppure il suo Titolare effettivo qualora sia una persona giuridica, o gli

	<p>Assicurati 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);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il Titolare effettivo del Contraente, in caso esso sia una persona giuridica, residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie embarghi disposti dall'Unione Europea, dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America; • Il Contraente che intrattiene rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti nei Paesi MSC & Region, che ad oggi sono Siria, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate.
--	---

 Ci sono limiti di copertura?	
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO La Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio prevede una franchigia assoluta pari al 5%.	
DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE La Garanzia Diaria da Inabilità Temporanea Totale prevede una franchigia assoluta pari a 5 giorni.	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Appena si verifica un sinistro deve comunicarlo immediatamente alla Compagnia a mezzo posta o tramite email, ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Back Office Protezione – Ufficio Sinistri Casella Postale 421 20123 Milano (MI) email: documentisinistriprotezione@cardif.com</p> <p>Per informazioni e chiarimenti l'Assicurato può contattare il Servizio Clienti al numero verde 800.900.780 oppure dall'estero 02.77224686, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00. Può inoltre denunciare online il Sinistro sul sito www.bnpparibascardif.it. La denuncia deve avvenire entro 10 giorni da quello in cui si è verificato l'Infortunio e deve contenere la documentazione specifica. La documentazione specifica che deve essere fornita varia in funzione della Garanzia. In particolare: <u>Invalidità Permanente:</u> La denuncia di Sinistro deve essere corredata da certificazione di Invalidità Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale nonché dalla copia della cartella clinica ed eventuale verbale rilasciato dalle autorità intervenute sul luogo dell'incidente. <u>Inabilità Temporanea Totale:</u> L'inabilità Temporanea Totale deve risultare da dichiarazione del medico curante. In caso di Ricovero occorrerà produrre: verbale di pronto soccorso, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica. Qualora l'Assicurato sia il dipendente o il socio del Contraente, la denuncia di sinistro dovrà includere altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'ultima busta paga dell'Assicurato, se dipendente del Contraente; • l'attestazione documentale della posizione dell'Assicurato quale socio del Contraente al momento del Sinistro. <p>Qualora l'Assicurato sia il Lavoratore Autonomo la denuncia di sinistro dovrà includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il certificato di attestazione della Partita IVA rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, nel caso in cui si tratti di persona fisica; • in alternativa, in caso di Assicurato titolare di Impresa Individuale, la visura camerale.
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: Non prevista</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o reticenti, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>La Compagnia, ricevuta la documentazione completa e effettuata la necessaria valutazione provvederà al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni.</p>

Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio è indicato nel Modulo di Adesione e comprende l' imposta di Assicurazione. Il Premio può essere corrisposto con frazionamento mensile o annuale.
Rimborso	Il rimborso del Premio avviene al netto delle imposte in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità e in caso di esercizio del diritto di ripensamento. La Compagnia provvede a rimborsarti il Premio versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le Garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Puoi esercitare il diritto di ripensamento (o recesso) dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza compilando l'apposito modulo disponibile presso le Filiali BNL ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata AR, fax o tramite email ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;">Cardif – Back Office Protezione – Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809 email: lineapersona@cardif.com</p> <p>Cardif provvede alla restituzione del Premio versato al netto delle imposte al Contraente entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.</p> <p>L'esercizio del diritto di ripensamento determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Compagnia, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del ripensamento. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine del ripensamento, implica la rinuncia al diritto medesimo.</p>
Risoluzione	<p>Cardif può recedere dall'Assicurazione se l'Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).</p> <p>Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Cliente o Cardif possono recedere dall'Assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata.</p>

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a tutti i clienti persone fisiche (con un'età superiore ai 18 anni) e persone giuridiche con un conto corrente presso BNL S.p.A.

Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: <ul style="list-style-type: none">• 29% del premio imponibile in caso di premio con frazionamento annuale• 25% del premio imponibile in caso di premio con frazionamento mensile
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>È possibile presentare reclamo a Cardif per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, 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 della Compagnia www.bnpparibascardif.it.</p>
----------------------------------	---

	La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
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 direttamente all'IVASS:</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: http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (Obbligatoria)	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 (Facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di 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 dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato; • per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile sul sito www.ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS - Rappresentanza Generale per l'Italia

POLIZZA BNL INFORTUNI SMALL BUSINESS

PROTEZIONE INFORTUNI

Mod. INFBNL0321

Edizione 03/2021

La copertura assicurativa è facoltativa. Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee guida del Tavolo tecnico di lavoro "Contratti Semplici e Chiari"

Mod. INFBNL0321 - Presentazione



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	1 di 24
Glossario	1 di 24
Norme che regolano le Garanzie Assicurative	3 di 24
Art. 1. Cosa e chi copre la Polizza?	3 di 24
Art. 2. Chi si può assicurare?	3 di 24
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	5 di 24
Art. 4. Come sottoscrivere la Polizza?	6 di 24
Art. 5. Quali sono le prestazioni?	6 di 24
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	7 di 24
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	8 di 24
Art. 8. Chi è il Beneficiario delle Garanzie Assicurative?	9 di 24
Art. 9. Qual è la Somma Assicurata?	9 di 24
Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?	9 di 24
Art. 11. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	9 di 24
Art. 12. Dove valgono le Garanzie Assicurative?	9 di 24
Art. 13. Si può recedere dalla Polizza?	9 di 24
Art. 14. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?	11 di 24
Art. 15. Adeguamento automatico del Premio e modifica delle condizioni di assicurazione	11 di 24
Art. 16. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?	11 di 24
Art. 17. Come comunicare con la Compagnia?	11 di 24
Art. 18. Cosa fare in caso di altre Garanzie assicurative per il medesimo rischio?	12 di 24
Art. 19. È possibile cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o altri diritti di Polizza?	12 di 24
Art. 20. Rinuncia alla rivalsa	12 di 24
Art. 21. Oneri	12 di 24
Art. 22. Quale legge si applica?	12 di 24
Art. 23. Qual è il foro competente in caso di controversia?	12 di 24
Gestione del Sinistro	13 di 24
Art. 24. Come si denuncia un Sinistro?	13 di 24
Art. 25. Quando sarà pagato l'indennizzo?	14 di 24
Reclami	14 di 24
Art. 26. A chi inviare un eventuale reclamo?	14 di 24
Protezione dei dati personali	15 di 24
Art. 27. Protezione dei dati personali	15 di 24
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza	19 di 24
ALLEGATO A - Tabella delle Invaldità (INAIL)	20 di 24
ALLEGATO B - Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (INAIL Industria)	22 di 24
Allegato C: Tabella degli Indennizzi (Art. 5)	23 di 24



La Polizza in sintesi

Il prodotto "BNL Infortuni Business" è una Polizza facoltativa che offre protezione in caso di **Invalidità Permanente da Infortunio o Inabilità Temporanea Totale da Infortunio** e si rivolge a tutti i clienti titolari e/o cointestatari di conto Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL). Il prodotto assicura i Lavoratori Autonomi, Liberi professionisti e i titolari di imprese individuali che vogliono assicurare sé stessi o un proprio dipendente.

Che cos'è

Le Garanzie offerte dal prodotto, una per una

Le garanzie offerte dal prodotto, una per una La Polizza tutela l'Assicurato in caso di:

- **Invalidità Permanente da Infortunio superiore al 5%**
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio dal 6° giorno di Inabilità**

Cosa copre

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra la Polizza e le relative Garanzie in modo immediato e sintetico, ma non ha valore contrattuale e, quindi, non sostituisce né integra le Condizioni di Assicurazione, che sono solo quelle previste 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.

In caso di Sinistro o per ottenere Informazioni sulla Polizza
numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77224686
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 ed il sabato dalle 9.00 alle 13.00



Da tenere a mente



Glossario

Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui le Garanzie Assicurative sono efficaci, il primo dei quali inizia alle ore 24:00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

La persona fisica che può coincidere con il Contraente.

Attività extraprofessionale

Qualunque attività dell'Assicurato diversa dall'Attività Professionale.

Attività professionale

Attività lavorativa, continuativa e abituale dell'Assicurato che gli dà un reddito o una retribuzione.

Beneficiario

Persona che ha diritto all'Indennizzo.

Compagnia

Cardif Assurances Risques Divers, 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)
- 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.

Contraente

Persona fisica titolare di Partita IVA o persona giuridica (compresa l'impresa individuale) titolare e/o contitolare di un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL), che stipula la Polizza e paga il Premio.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Certificato di Polizza, dalla quale le Garanzie Assicurative sono efficaci.

Diaria

L'importo erogato dalla Compagnia per ogni giorno di Inabilità Temporanea Totale.

Inabilità temporanea Totale

La perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato a svolgere la propria professione dichiarata nel Modulo di Polizza.

Indennizzo

La somma di denaro pagata dalla Compagnia al Beneficiario.

Infortunio

Incidente dovuto a una causa accidentale, violenta e non dipendente dall'Assicurato, che dà luogo a danni fisici verificabili tali da provocare Invalidità Permanente o l'Inabilità temporanea Totale dell'Assicurato.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità dell'Assicurato di fare qualsiasi lavoro, indipendentemente da quello effettivamente svolto.

Istituto di Cura

Istituto universitario, ospedale, clinica o casa di cura, autorizzati a prestare assistenza ospedaliera tramite Ricovero o Day Hospital. Sono esclusi stabilimenti termali, centri benessere e strutture con prevalente finalità estetica o dietologica e quelle per convalescenza o Lungodegenza.

IVASS

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

Lavoratore Autonomo

Persona fisica o impresa individuale tenuta a presentare, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), una dichiarazione che esclude la percezione di reddito da lavoro dipendente oppure attesta che i redditi da lavoro autonomo sono maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporta denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo) e 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche e integrazioni.

Lavoratore Dipendente

La persona fisica che si obbliga, dietro retribuzione ed in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a prestare il proprio lavoro alle dipendenze e sotto la direzione di un altro soggetto.

Libero Professionista

Il lavoratore autonomo che svolge una professione liberale, a prevalentemente contenuto intellettuale, in maniera autonoma o in studi professionali (a titolo puramente esemplificativo ma non esaustivo: avvocato, notaio, commercialista, architetto, ingegnere, ecc.).

Modulo di Polizza

Modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato/i con cui il Contraente propone alla Compagnia di stipulare la

Polizza in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate nel modulo stesso.

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

S'intendono i Paesi sottoposti ad embargo totale che, salvo successivi aggiornamenti, ad oggi risultano essere Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli.

Polizza

Contratto con cui la Compagnia presta le Garanzie Assicurative.

Premio

La somma che si paga alla Compagnia per avere diritto alle prestazioni previste dalla Polizza.

Promotore BNL

Dipendente o promotore di Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL) che può vendere anche prodotti assicurativi.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura – diversa dal Day Hospital – con almeno un pernottamento, certificato da Cartella Clinica e scheda di dimissione ospedaliera.

Sforzo

Dispiego improvviso, anomalo e non comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

Sinistro

Evento dannoso coperto dalla Polizza.

Somma Assicurata

Capitale assicurato il cui importo è scelto dal Contraente ed è pari all'Indennizzo previsto in caso di Sinistro.

Titolare effettivo

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

Norme che regolano le Garanzie Assicurative

Art. 1. Cosa e chi copre la Polizza?

Nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, Cardif riconosce all'Assicurato una copertura in caso di Inabilità Temporanea Totale o Invalidità Permanente che siano conseguenza diretta, esclusiva ed obiettivamente constatabile di un Infortunio occorso allo stesso Assicurato nello svolgimento di Attività Professionali od Extraprofessionali.

La Somma Assicurata relativamente alle predette coperture è indicata nel Modulo di Polizza e non potrà essere modificata per tutta la durata dell'Assicurazione, ivi compresi gli eventuali rinnovi. Nell'ambito di operatività dell'Assicurazione sono compresi tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di Infortunio.

Sono considerati Infortuni e compresi nell'Assicurazione:

1. l'asfissia, non dipendente da malattia, per fuga di gas o di vapori;
2. l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze, dovuti a causa fortuita;
3. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento;
4. i colpi di sole, di freddo o di calore, la folgorazione;
5. le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di insetti, aracnidi o animali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
6. le lesioni muscolari determinate da Sforzo con esclusione degli infarti e delle lesioni sottocutanee di tendini (lacerazioni totali o parziali di un tendine, senza soluzione di continuità del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
7. le ernie, limitatamente a quelle addominali e da Sforzo, esclusivamente quando non operabili secondo parere medico e qualora ne derivi un'Invalidità Permanente accertata in misura non superiore al 10%;
8. le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione determinata da Infortunio, contemporaneamente al prodursi della lesione stessa;
9. a parziale deroga del successivo Art. 6 lettera v, le conseguenze fisiche di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche resi necessari da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

La copertura comprende anche gli Infortuni che derivano da:

10. colpa grave dell'Assicurato;
11. aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e salvo il caso di legittima difesa;
12. atti di temerarietà dell'Assicurato esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana;
13. a parziale deroga del successivo Art. 6 punto j, stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via semplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, sempre che si tratti di Infortuni verificatisi all'estero nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
14. movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche, maremoto e altre calamità naturali, avvenuti al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato, qualora ne derivi un'Invalidità Permanente accertata in misura non inferiore al 20%;
15. utilizzo, da parte dell'Assicurato, in qualità di passeggero ed al fine di trasporto pubblico o privato, di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, salvo quanto indicato dall'Art. 6;

La garanzia opera altresì per gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza.

Garanzie della Polizza	
Invalidità Permanente da Infortunio	✓
Inabilità Temporanea Totale	✓

Art. 2. Chi si può assicurare?

2.1 Contraente e Assicurati

Il Contraente persona fisica ha la possibilità di stipulare l'assicurazione per sé oppure per conto di altra persona



fisica. Anche qualora si tratti di impresa individuale, l'imprenditore potrà assicurare sé stesso oppure stipulare l'Assicurazione per conto di altra persona fisica. Il Contraente persona giuridica, infine, stipula senz'altro l'assicurazione per conto di una persona fisica. L'Assicurato, in ogni caso, viene indicato nel Modulo di polizza. La Compagnia consente l'accesso e la permanenza in copertura nel rispetto dei requisiti di seguito indicati:

Contraente	Assicurato	Condizioni di Assicurabilità
Persona Fisica	Persona fisica coincidente con il Contraente	Assicurato Lavoratore Autonomo
Persona Fisica	Persona fisica non coincidente con il Contraente	Assicurato Lavoratore Dipendente del Contraente
Impresa Individuale	Persona fisica titolare dell'impresa Contraente	Assicurato Lavoratore Autonomo
Impresa Individuale	Persona fisica diversa dal titolare dell'impresa Contraente	Assicurato Lavoratore Dipendente del Contraente
Persona Giuridica	Persona fisica	Assicurato Lavoratore Dipendente o Socio del Contraente

Il Contraente, o l'Assicurato qualora non coincidesse con il Contraente, hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia l'eventuale cambiamento, dopo la Data di Decorrenza, dello stato di cui sopra, da cui deriva la non assicurabilità. La comunicazione, da effettuarsi ai recapiti e con le modalità di cui all'art. 17, dovrà avvenire tempestivamente e comunque non oltre 15 giorni dall'avvenuto cambiamento. In tal caso l'Assicurazione cessa con effetto dalla data della comunicazione e la Compagnia restituisce il rateo di premio non goduto rispetto alla scadenza annuale oppure, in caso di frazionamento del Premio, ne interrompe l'addebito dalla rata successiva. Sono coperti i Sinistri occorsi tra la data della perdita del requisito di assicurabilità e la comunicazione nei termini previsti.

Qualora la Compagnia venga a conoscenza della perdita del requisito di assicurabilità in occasione del Sinistro senza averne ricevuto comunicazione dal Contraente o dall'Assicurato nei termini previsti, non sarà tenuta a liquidare il Sinistro medesimo (salvo che la condizione di non assicurabilità si sia verificata nei 15 giorni precedenti). L'assicurazione in tal caso cessa con effetto dalla data del Sinistro e la Compagnia restituisce il rateo di premio non goduto rispetto alla scadenza annuale oppure, in caso di frazionamento del Premio, ne interrompe l'addebito dalla rata successiva.

I requisiti di assicurabilità di cui sopra operano indipendentemente tra loro, riguardando situazioni soggettive differenti al momento di accesso alla copertura. Pertanto, l'assunzione da parte dell'Assicurato di altro requisito di assicurabilità durante il periodo di validità dell'Assicurazione è considerata a tutti gli effetti come una perdita del requisito di assicurabilità ai sensi del capoverso precedente.

La Compagnia non consente l'accesso alla copertura ad Assicurati che:

- alla Data di Decorrenza abbiano un'età inferiore a 18 anni oppure superiore a 74 anni;
- siano affetti da alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV, tossicodipendenza. Qualora una o più delle sopra citate affezioni insorga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla valutazione dell'effettivo stato di salute dell'Assicurato.

2.2 Variazione del Rischio

Fermo quanto previsto all'Art. 2.1 in relazione ai soggetti assicurabili, ai fini della determinazione del rischio assicurato e delle Prestazioni oggetto dell'Assicurazione rileva l'attività svolta dal Contraente. Essa è classificata entro le seguenti classi di rischio:

Classe di Rischio 1 - relativa ai settori di attività a contenuto manuale - trasformazione di beni: A titolo esemplificativo ma non esaustivo: Agricoltori, allevatori, boscaioli, pescatori, macellai e affini Imprenditori o artigiani del settore edile, decoratori, imbianchini e affini Idraulici, elettricisti, falegnami, vetrai e affini Autotrasportatori, pony express, corrieri e affini Fabbri, tornitori e affini

Classe di Rischio 2 - relativa ai settori di attività a contenuto intellettuale - fornitura di servizi: A titolo esemplificativo ma non esaustivo: Commercianti, Negozianti, Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori, Liberi professionisti quali avvocati, notai, commercialisti, architetti, ingegneri, dentisti e medici

Il Contraente dichiara la propria attività in fase di sottoscrizione delle coperture e, nel Modulo di Polizza, ne sottoscrive e conferma la riconducibilità ad una delle Classe di Rischio di cui sopra. Ferme le esclusioni previste all'Art.6 e i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2.1, qualora al momento dell'Infortunio l'attività del Contraente sia riconducibile ad una classe di rischio maggiore da quella risultante dal Modulo di Polizza, la Prestazione dovuta dall'Assicuratore viene percentualmente ridotta rispetto all'ammontare dell'Indennizzo determinato ai sensi dell'Art. 5.1, nella misura indicata dalla seguente tabella:

Attività svolta al momento del Sinistro	Attività svolta al momento del Sinistro	Attività svolta al momento del Sinistro
Attività dichiarata in Polizza	Classe 1	Classe 2
Classe 1	100%	100%
Classe 2	80% (*)	100%

Casi di aggravamento del rischio (*)

A titolo esemplificativo, qualora l'Indennizzo spettante fosse pari ad Euro 10.000,00 a fronte di un'attività dichiarata al momento della sottoscrizione della Polizza appartenente alla classe di rischio n. 2, l'Indennizzo effettivamente liquidato sarà ridotto ad Euro 8.000,00 a fronte di attività che successivamente risulti appartenere alla classe di rischio n. 1.

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

3.1 - Condizioni al momento della sottoscrizione

Oltre a quanto previsto dall'Art. 2, possono sottoscrivere l'Assicurazione solo il Contraente e l'Assicurato che soddisfano tutti questi requisiti:

- il Contraente ha residenza/domicilio (persona fisica) o sede legale (persona giuridica) in Italia;
- l'Assicurato ha residenza/domicilio in Italia;
- il Contraente, il suo Titolare Effettivo (ove presente) e l'Assicurato non fanno parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- il Titolare Effettivo non è residente di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione e dagli Stati Uniti d'America;
- il Contraente non ha rapporti economici o commerciali, diretti o indiretti, con persone fisiche residenti nei Paesi MSC & Region, che ad oggi sono Siria, Cuba, Iran, Nord Corea e Regione Crimea/Sebastopoli oppure con persone giuridiche aventi sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate.

Ad eccezione di quanto di seguito previsto per l'età e lo stato professionale degli Assicurati, le Garanzie Assicurative cessano dal momento della perdita di uno o più requisiti indicati nell'Art. 5.2 e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato al successivo Art. 14.

Se, invece, un Assicurato compie 75 anni in corso di Polizza o perde per qualsiasi ragione (p.es. licenziamento, decesso, etc.) lo stato di titolare, socio, dirigente o dipendente del Contraente, le Garanzie Assicurative cessano per tale Assicurato solo alla fine dell'Anno Assicurativo durante il quale si è raggiunta l'età o perso lo stato professionale. Di conseguenza, sono comunque coperti i Sinistri avvenuti tra il momento in cui si è perso il requisito e la fine dell'Anno Assicurativo in cui c'è stata la perdita.

In ogni caso, il Contraente può scegliere se sostituire tale soggetto con altro Assicurato oppure farsi ricalcolare il Premio in sede di rinnovo.

Le Garanzie Assicurative non operano per i Sinistri successi dopo:

- il trasferimento della sede legale del Contraente e del domicilio dell'Assicurato fuori dall'Italia; il trasferimento della residenza in, o l'acquisizione della cittadinanza di, Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti

dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza o cittadinanza originaria) dell'Assicurato; o

- il trasferimento della residenza in, o l'acquisizione della cittadinanza di, Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza o cittadinanza originaria) da parte del Titolare effettivo del Contraente.

3.2 - Condizioni in corso di Polizza

Dopo la sottoscrizione, le Garanzie Assicurative valgono solo se sono soddisfatti tutti i seguenti requisiti:

- il Contraente/Assicurato mantiene il proprio domicilio/residenza (se persona fisica) o la sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- non supera i 75 anni;
- lo Stato in cui il Contraente, al momento della conclusione dell'Assicurazione, aveva sede, continua a non essere sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America, oppure lo Stato in cui il Contraente trasferisce la sede dopo la conclusione dell'Assicurazione non è sottoposto a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

Pertanto, l'Assicurato, il Contraente e il Titolare Effettivo (se presente) devono comunicare tempestivamente e, in ogni caso, entro 30 giorni lavorativi con le modalità indicate al successivo Art. 17, 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.

Le Garanzie Assicurative finiscono dal momento della perdita del requisito e la Compagnia restituisce al Contraente una parte di Premio, come indicato al successivo Art. 14.

Ricorda quindi che le Garanzie Assicurative non operano per i Sinistri successi dopo:

- il trasferimento della sede legale o della residenza del Contraente, o del domicilio dell'Assicurato, fuori dall'Italia;
- il trasferimento della residenza in, o l'acquisizione della cittadinanza di, Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America da parte del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato;
- l'applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza, sede o cittadinanza originaria del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato.

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 > www.treasury.gov)

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriori informazioni e documentazione integrativa al fine di:

- verificare il rispetto della normativa in materia di sanzioni finanziarie (siano esse disposte dall'Unione Europea, dall'ONU, e dagli Stati Uniti d'America) e/o embarghi, ivi incluse le disposizioni restrittive dell'operatività nei confronti dei Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come tempo per tempo indicati (ad oggi Cuba, Iran, Nord Corea, Siria e Regione Crimea/Sebastopoli), dovendo inibire l'instaurazione di rapporti e/o l'operatività come per disposizioni normative applicabili alla Compagnia stessa;
- rispettare l'obbligo normativo di astenersi dall'instaurazione del rapporto assicurativo e/o il compimento di operazioni qualora emergano eventi impeditivi previsti dalle leggi vigenti e/o indicati a maggior rischio dalle disposizioni delle Autorità di settore anche europee (ad es. EIOPA-EBA-ESMA);
- qualora il Contraente intrattenga rilevanti e/o continui rapporti economici o commerciali, siano essi intrattenuti in via diretta o indiretta, con soggetti residenti o entità costituite o domiciliate in Paesi Major Sanctioned Countries & Region (anche "MSC & Region") come, tempo per tempo, indicati dalla normativa, oppure con società/entità da essi controllate o partecipate, la Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione per verificare la conformità alla normativa antiterrorismo e/o all'osservanza delle sanzioni finanziarie/embarghi.

Art. 4. Come sottoscrivere la Polizza?

.....

Il Contraente può sottoscrivere la Polizza firmando l'apposito Modulo di Polizza.

Art. 5. Quali sono le prestazioni?

.....



In caso di Sinistro, l'Indennizzo pagato dalla Compagnia è calcolato in base alla specifica Garanzia Assicurativa.

5.1 Invalidità Permanente da Infortunio

La Compagnia paga l'Indennizzo, pari all'intera Somma Assicurata indicata nel Modulo di Polizza, solo se l'Invalidità Permanente:

- **viene accertata entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio; ed**
- **è di grado pari o superiore al 5%.**

Il grado di Invalidità Permanente viene calcolato sulla base della "Tabella delle Invalidità" – ed, eventualmente, della "Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva" - contenute negli Allegati A e B delle Condizioni di Assicurazione. Le voci e le percentuali contenute nella Tabella delle Invalidità devono essere interpretate secondo questi criteri:

1. se l'Assicurato è mancino, per la valutazione dei danni agli arti superiori, le percentuali del lato destro e sinistro vengono invertite;
2. la perdita totale dell'uso funzionale di un organo o arto equivale alla sua perdita fisica;
3. nel caso di handicap (perdita funzionale parziale e non totale), le percentuali sono calcolate entro il massimo previsto per la perdita totale e in proporzione alla funzionalità persa. Nel caso di handicap alla vista e all'udito, si tiene conto della possibilità di applicare apparecchi correttivi o ausiliari;
4. nel caso di menomazioni a una o più sezioni anatomiche e/o articolari di un singolo arto, derivanti da unico Infortunio, si sommano le singole lesioni fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto;
5. in caso di menomazioni e handicap di più organi, arti o loro parti, si sommano le percentuali di Invalidità Permanente per ogni lesione, fino a raggiungere il valore del 100%;
6. se al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, le Garanzie Assicurative operano solo per i danni che avrebbero comunque colpito una persona fisicamente integra e sana; in caso di perdita di una parte del corpo o di diminuzione del funzionamento di un organo o di un arto già compromessi, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente;
7. in caso di menomazione o handicap di un senso, di un organo o di un arto già danneggiato, le percentuali della Tabella delle Invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.

Se non è possibile calcolare l'Invalidità Permanente sulla base delle specifiche voci della Tabella delle Invalidità, essa viene comunque determinata sulla base dei valori della Tabella e dei criteri indicati sopra, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato a fare un qualsiasi lavoro utile, senza guardare alla sua specifica professione. Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo corrispondente all'intera Somma Assicurata.

Se invece l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado inferiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo pari alla percentuale della Somma Assicurata indicata nella "Tabella degli Indennizzi" di cui all'Allegato B delle presenti Condizioni di Assicurazione.

5.2 Inabilità temporanea Totale da Infortunio

In caso di Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio, la Compagnia liquida la Diaria indicata nel Modulo di Polizza. La Diaria viene liquidata a partire dal 6° giorno di inabilità (6° giorno incluso) per tutto il tempo durante il quale l'Assicurato non ha potuto svolgere la sua attività professionale, fino a un massimo di 180 giorni per Infortunio. L'inabilità deve risultare da certificazione medica attestante la lesione e la relativa prognosi.

Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?

La Polizza non copre gli eventi che succedono in queste circostanze:

- a. manipolazione di esplosivi o materiale pirotecnico; trasporto di esplosivi; lavoro che preveda il trattamento di materiale radioattivo; lavoro presso raffinerie;
- b. detenzione, uso o manipolazione di armi, salvo l'uso sportivo o per la caccia, nel rispetto delle norme di legge che ne regolano l'utilizzo;
- c. lavoro in corpi militari, di polizia e vigili del fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio; esercitazioni, incarichi o missioni effettuati a seguito di richiamo dal congedo;
- d. lavoro ad altezze superiori a 20 metri; attività di demolizione di edifici; lavori nel sottosuolo (es. cave, miniere, pozzi, gallerie, ecc.), attività speleologica; lavori su piattaforme offshore o in alto mare in genere; attività subacquee (es. palombaro, sommozzatore);
- e. attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;



- f. lavoro di guida di alta montagna;
- g. attività sportiva professionistica (gare, prove e allenamenti).
Tutte le coperture sono inoltre escluse nelle seguenti circostanze o condizioni:
- h. Infortuni già verificatisi alla Data di Decorrenza (incluse le conseguenze e gli effetti negativi derivanti);
- i. comportamenti posti in essere o tentati volontariamente dall'Assicurato o dal Contraente;
- j. avvenuti in relazione a guerre (dichiarate e non), incluse, ad esempio, guerra civili, insurrezioni, occupazione militari e invasioni, ad eccezione dell'Art. 1.12;
- k. eventi che sono diretta conseguenza dell'uso di stupefacenti o medicine per motivi non terapeutici o dallo stato di ebbrezza di cui all'Art. 186 D. Lgs. 285/92 o di ubriachezza;
- l. eventi conseguenti a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un volo non di linea regolare o diverso dal trasporto pubblico e privato dei passeggeri (ad esempio, aeroclubs o società private di lavoro aereo);
- m. eventi che sono conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o radioattività, comunque sviluppatasi;
- n. eventi derivanti da sostanze biologiche o chimiche utilizzate per terrorismo;
- o. eventi conseguenti alla guida di veicoli o natanti a motore senza patente, tranne il caso di patente scaduta se si possa dimostrare che l'Assicurato, al momento dell'Infortunio, aveva i requisiti per il rinnovo;
- p. eventi causati da attività di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta (bob-sleigh), rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
- q. Infortuni derivanti da sport estremi, ad esempio: alpinismo con scalate fino al 3° grado della scala UIAA effettuate isolatamente, alpinismo superiore al 3° grado della scala UIAA comunque effettuato, arrampicata libera, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci e snowboard estremo, sci alpinismo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helisnow, jet ski, kitesurfing, canyoning (torrentismo), snowrafting, skeleton e slittino, motoslitta, acquascooter e simili, regate o traversate in alto mare in solitaria;
- r. pratica di sport aerei in genere e del volo da diporto e sportivo (ad esempio, ultraleggeri, paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- s. partecipazione, anche come passeggero, a gare, corse, esibizioni di velocità o su pista e relative prove, allenamenti, con qualsiasi mezzo o natante a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- t. Infortuni che siano diretta conseguenza di depressione, minorazioni dell'integrità psichica, malattie psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- u. conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, diverse da quelle coperte dall'Art. 1, n. 8.

Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 - Quando iniziano e quanto durano?

Le Garanzie Assicurative durano 1 Anno Assicurativo dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Polizza.

7.2 - Quando si rinnovano?

Alla scadenza, le Garanzie Assicurative si rinnovano automaticamente di anno in anno, tranne se:

- il Contraente ha mandato la disdetta alla Compagnia, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo di riferimento, con lettera raccomandata A/R spedita all'indirizzo indicato nell'Art. 17 o compilando il modulo fornito dal Promotore BNL (farà fede il timbro postale oppure la data indicata sul modulo al momento della consegna al Promotore BNL);
- la Compagnia ha mandato la disdetta al Contraente, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo di riferimento, con lettera raccomandata A/R spedita all'indirizzo del Contraente indicato sul Modulo di Polizza.

7.3 - Quando cessano le Garanzie Assicurative?

In aggiunta ai casi di recesso indicati all'Art. 13, le Garanzie Assicurative cessano per il singolo Assicurato in ogni caso, senza possibilità di rinnovo:

- quando la Compagnia paga l'Indennizzo, cessano per il singolo Assicurato, purché il Contraente abbia pagato l'intero Premio fino alla scadenza della Polizza;
- quando l'Assicurato compie 75 anni: in questo caso, le Garanzie Assicurative cessano per il singolo Assicurato alla fine dell'Anno Assicurativo durante il quale tale età è stata raggiunta, e il Contraente può scegliere se sostituire tale soggetto con altro Assicurato oppure farsi ricalcolare il Premio in sede di rinnovo;
- alla fine dell'Anno Assicurativo in corso, nei casi in cui venga comunicata la perdita di un requisito di assicurabilità,



come previsto dall'Art. 3, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 rispetto ai casi di alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività HIV o tossicodipendenza;

- se, durante la validità delle Garanzie Assicurative, si perdono uno o più dei requisiti indicati al precedente Art. 3.2.

Le Garanzie Assicurative cessano in ogni caso se il conto corrente del Contraente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL) viene chiuso senza essere né modificato né convertito in altro conto presso BNL, con effetto:

- dalla fine dell'Anno Assicurativo, se il Contraente ha scelto di versare il Premio con unico pagamento anticipato; o
- dalla data della prima scadenza mensile successiva a quella in cui la rata mensile di Premio è stata addebitata sul conto corrente, se il Contraente ha scelto di pagare il Premio in rate mensili.

Art. 8. Chi è il Beneficiario delle Garanzie Assicurative?

Il Beneficiario delle Prestazioni è l'Assicurato.

Art. 9. Qual è la Somma Assicurata?

La Somma Assicurata/Diaria è quella scelta nel Modulo di Polizza:

Invalità Permanente (Somma Assicurata)

Opzione A 100.000 Euro

Opzione B 200.000 Euro

Opzione C 300.000 Euro

Inabilità Temporanea Totale (Diaria)

Opzione A 50 Euro

Opzione B 100 Euro

Opzione C 150 Euro

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

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Contraente, intrattenuto presso BNL. Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il primo addebito del Premio è effettuato alla Data di Decorrenza ed avrà ad oggetto l'intero importo del Premio, oppure, in caso di frazionamento dello stesso, la prima rata mensile di Premio. Il Contraente potrà optare per il frazionamento mensile del Premio in fase di sottoscrizione della copertura, indicando tale scelta nel Modulo di Polizza. L'ammontare del Premio dipende dalla Somma Assicurata e dalla classe di rischio indicate nel Modulo di Polizza. In caso di mancato buon esito dell'addebito del primo Premio o della prima rata di Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 della data di tentato addebito fino alle ore 24 della data del pagamento di quanto dovuto. In caso di mancato buon esito dell'addebito dei Premi o delle rate di Premio successivi al primo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto. Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora la Compagnia, nel termine di 6 (sei) mesi dalla scadenza del termine previsto per il pagamento del primo Premio o dei Premi successivi, non agisce per la riscossione. In tal caso la Compagnia ha diritto al pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Art. 11. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Polizza e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dal Contraente e dall'Assicurato nel rispetto degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile: di conseguenza, le dichiarazioni inesatte o incomplete possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo. Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento del rischio.

Art. 12. Dove valgono le Garanzie Assicurative?

Le Garanzie Assicurative valgono in tutto il mondo, **ferme le esclusioni previste dall'Art. 6.**

Art. 13. Si può recedere dalla Polizza?



Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla data di Decorrenza	<p>Compilando l'apposito modulo fornito oppure inviando alla Compagnia una lettera raccomandata A/R, un fax o una email a questi indirizzi:</p> <p>Cardif – Back Office Protezione Post Vendita Casella Postale 550 20123 Milano (MI) Fax: 02 30329809 email: lineapersone@cardif.com</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Garanzie Assicurative cessano retroattivamente dalla Data di Decorrenza, quindi le Garanzie Assicurative non hanno efficacia sin dall'inizio • La Compagnia non paga alcun Indennizzo per i fatti eventualmente successi fino al momento del recesso • La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) secondo quanto previsto dall'Art. 14

In caso di recesso, la Compagnia provvede a rimborsare il Premio versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso.

Se un Sinistro viene denunciato quando è ancora possibile recedere, significa che il Contraente ha rinunciato alla possibilità di recedere.

13.2 - Recesso della Compagnia

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Se il Contraente è soggetto a una procedura concorsuale o fallimentare, entro 60 giorni dalla comunicazione del Contraente, che deve essere inviata alla Compagnia entro 15 giorni dall'apertura della procedura	tramite invio di una Comunicazione al Contraente all'ultimo recapito comunicato.	<ul style="list-style-type: none"> • Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di inoltro della comunicazione • La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) secondo quanto previsto dall' Art. 14
Se, in corso di Polizza, il legale rappresentante/ delegato del 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)	tramite invio di una Comunicazione al Contraente all'ultimo recapito comunicato.	<ul style="list-style-type: none"> • Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di inoltro della comunicazione • La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) secondo quanto previsto dall'Art. 14
Se le dichiarazioni fatte dal legale rappresentante/delegato del Contraente o dall'Assicurato al momento della firma della Polizza, del Modulo di Proposta oppure in altri contesti di firma di documenti, sono inesatte e incomplete	tramite invio di una Comunicazione al Contraente all'ultimo recapito comunicato.	<ul style="list-style-type: none"> • Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di inoltro della comunicazione • La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) secondo quanto previsto dall'Art. 14
Se, in corso di Polizza, uno o più Assicurati diventano alcolisti, tossicodipendenti o malati di A.I.D.S.	tramite invio di una Comunicazione al Contraente all'ultimo recapito comunicato.	<ul style="list-style-type: none"> • Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di inoltro della comunicazione



Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
o HIV, entro un mese dal giorno in cui la Compagnia ha avuto conoscenza dell'aggravamento del rischio dovuto alla nuova condizione		<ul style="list-style-type: none"> La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) secondo quanto previsto dall'Art. 14

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

Art. 14. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?

La Compagnia restituisce il Premio (in tutto o in parte) se:

- viene meno uno o più dei requisiti indicati all'Art. 3.2 la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo tra il giorno in cui cessano le Garanzie Assicurative la loro scadenza originaria, al netto delle imposte, come indicate nel Modulo di Proposta. Se non è stata comunicata la perdita di uno o più requisiti, la Compagnia può applicare una penale pari ai costi sopportati per la gestione della Polizza nel periodo in cui non sapeva della sua cessazione;
- il Contraente recede dalla Polizza secondo quanto previsto dall'Art. 13.1 : la Compagnia restituisce al Contraente il Premio versato, al netto delle imposte;
- la Compagnia recede dalla Polizza dopo che il Contraente è stato sottoposto a procedura concorsuale o fallimentare: la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo in cui le Garanzie Assicurative non hanno avuto effetto; in caso di perdita dei requisiti di cui all'Art. 2.1: la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio non goduta relativa al periodo tra la perdita del requisito e la scadenza originaria, al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione della Polizza e il rimborso del Premio, come indicate nel Modulo di Preventivo.

Art. 15. Adeguamento automatico del Premio e modifica delle condizioni di assicurazione

 Cardif, si riserva il diritto di variare le Condizioni di Assicurazione e/o di incrementare l'importo del Premio dell'assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo in relazione agli Anni Assicurativi successivi al primo. La Compagnia comunicherà al Contraente l'esercizio di tale diritto ed i termini della modifica con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo. Il Contraente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con comunicazione da inviarsi alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo a mezzo lettera raccomandata AR. In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso.

In ogni caso, prestando la propria accettazione alla sottoscrizione delle coperture assicurative il Contraente ha concordato che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

Art. 16. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?

Gli aggravamenti di rischio non conosciuti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione delle Garanzie Assicurative, secondo quanto previsto dall'art. 1898 del codice civile.

Il Contraente e l'Assicurato devono inoltre informare per iscritto la Compagnia di ogni diminuzione del rischio .

Art. 17. Come comunicare con la Compagnia?

 Le comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia riguardanti materie diverse da reclami o denunce di Sinistro devono essere inviate a mezzo posta, fax o e-mail, ad uno dei seguenti recapiti:

- a mezzo posta, a **Cardif - Back Office Protezione - Post vendita Casella Postale 550 - 20123 Milano;**
- a mezzo fax, al numero 02.30329809;


COME COMUNICARE
CON LA
COMPAGNIA

- tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail servizioclienti@cardif.com;
- accedendo all'area riservata e firmando le comunicazioni con PIN e OTP.

Alla comunicazione deve essere allegata la copia di un valido documento di identità e del codice fiscale e, in caso di invio via e-mail, anche una scansione della comunicazione debitamente firmata.

L'Assicurato, telefonando al numero verde Servizio Clienti

800.900.780 dall'Italia

+39 02 77224686 dall'estero

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

potrà anche chiedere informazioni relative alle caratteristiche della Polizza.

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 attraverso le credenziali assegnate al primo accesso in occasione della registrazione.

Eventuali comunicazioni della Compagnia sono indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

Art. 18. Cosa fare in caso di altre Garanzie assicurative per il medesimo rischio?

Le Garanzie Assicurative possono cumularsi con quelle di altre polizze stipulate per gli stessi rischi.

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

No, l'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi le Garanzie Assicurative o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Polizza.

Il diritto all'Indennizzo relativo alla Garanzia Invalidità 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. 20. 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.

Art. 21. Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al Premio, agli Indennizzi, alla Polizza ed agli atti connessi, sono a carico del Contraente.

Art. 22. Quale legge si applica?

Si applica la legge italiana, anche per tutto quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 23. Qual è il foro competente in caso di controversia?

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

In caso di controversia di tipo medico legale sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente nonché sull'applicazione dei criteri di accertamento del grado di Invalidità Permanente descritti nell'Art. 5.1, c'è sempre il diritto di rivolersi all'Autorità Giudiziaria.

In aggiunta, l'Assicurato e la Compagnia possono dare un incarico scritto ad un collegio medico di tre esperti medico legali per decidere la controversia in base alle, e nei limiti delle, Condizioni di Assicurazione. Il collegio è



composto da: un primo esperto nominato dalla Compagnia, un secondo esperto nominato dall'Assicurato e un terzo nominato dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio.

Il collegio ha sede nel Comune che ospita l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ognuna delle parti sopporta le proprie spese e paga l'esperto medico-legale nominato dalla parte stessa, contribuendo per la metà delle spese e remunerazione del terzo esperto. Il Collegio decide a maggioranza di voti, senza dover osservare particolari formalità di legge, preparando un apposito verbale in due copie. Le decisioni sono vincolanti per la Compagnia e per l'Assicurato, i quali rinunciano a qualsiasi successiva contestazione o impugnazione, ad eccezione dei casi in cui la decisione sia stata presa con violenza, dolo, errore o violazione di norme contrattuali. La Compagnia e l'Assicurato si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio medico anche se uno degli esperti si rifiuta di firmare il verbale (tale rifiuto deve essere menzionato nel verbale stesso).

Gestione del Sinistro

Art. 24. Come si denuncia un Sinistro?

 In caso di Sinistro, l'Assicurato deve farne denuncia alla Compagnia entro 10 giorni da quello in cui si è verificato il Sinistro tramite posta o email, a questi recapiti:

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



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO

Per informazioni e chiarimenti l'Assicurato può chiamare il Servizio Clienti:

numero verde 800.900.780

dall'estero 02.77224686

attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00

e il sabato dalle 9.00 alle 13.00

L'Assicurato o il Beneficiario devono inviare, insieme alla denuncia, questa documentazione specifica, che varia in base alla singola Garanzia Assicurativa:

A. Invalidità Permanente da Infortunio

- certificato di Invalidità Permanente rilasciato da appositi enti o da un medico legale;
- copia della cartella clinica dell'Assicurato;
- eventuale verbale rilasciato dalle autorità intervenute sul luogo dell'incidente.

B Inabilità temporanea Totale da Infortunio

L'inabilità Temporanea Totale deve risultare da dichiarazione del medico curante. In caso di Ricovero occorrerà produrre: verbale di pronto soccorso, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica. Se l'Inabilità Temporanea si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extra-europeo, l'Indennizzo spetta soltanto per il periodo di degenza, documentata, in Istituto di cura; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Compagnia entro tre giorni lavorativi, pena la decadenza del diritto all'Indennizzo corrispondente. Qualora l'Assicurato sia il dipendente o il socio del Contraente, la denuncia di Sinistro dovrà includere altresì:

- l'ultima busta paga dell'Assicurato, se dipendente del Contraente;
- l'attestazione documentale della posizione dell'Assicurato quale socio del Contraente al momento del Sinistro.

Qualora l'Assicurato sia il Lavoratore Autonomo la denuncia di Sinistro dovrà includere:

- il certificato di attestazione della Partita IVA rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, nel caso in cui si tratti di persona fisica; in alternativa, in caso di Assicurato titolare di Impresa Individuale, la visura camerale.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. L'Assicurato deve altresì:

- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo la normativa vigente;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Compagnia.



In tutti i casi la spesa relativa alla documentazione medica che l'Assicurato deve produrre resta a suo carico.

Art. 25. Quando sarà pagato l'indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo aver ricevuto tutta la documentazione che è stata richiesta, comprese eventuali integrazioni.

Ogni pagamento potrà avvenire solo:

- 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.

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 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. 26. A chi inviare un eventuale reclamo?

26.1 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 delle Garanzie Assicurative o sulla gestione dei Sinistri), devono essere inviati via posta, telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente indirizzo:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail reclami@cardif.com

fax 0277.224.265

Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il webform presente sul sito internet della Compagnia: www.bnpparibascardif.it

La Compagnia deve rispondere entro 45 giorni da quando riceve il reclamo.

Se chi invia il reclamo non si ritiene soddisfatto della risposta ricevuta o se la Compagnia non risponde nel termine di 45 giorni, si può inviare il reclamo all'IVASS, con copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale risposta di quest'ultima, secondo le modalità previste al seguente Art. 26.3.

26.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito la Polizza o la violazione di norme cui è soggetto l'intermediario (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nella documentazione informativa prevista dalle norme vigenti e consegnata dallo stesso intermediario al Contraente..

L'intermediario deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, quest'ultimo può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate, allegando il reclamo e l'eventuale risposta dell'intermediario.

26.3 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

In ogni caso, per la stesura del reclamo è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito



COME FARE UN
RECLAMO



della Compagnia (www.bnpparibascardif.it - sezione dedicata ai reclami).

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: <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacpr.html>

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. 27. Protezione dei dati personali

A. Base giuridica del trattamento dei dati personali

Come parte del contratto assicurativo e in qualità di titolare del trattamento, la Compagnia è tenuta ad acquisire alcuni dati personali riferiti al Contraente, all'Assicurato, al beneficiario del contratto assicurativo, ovvero ai soggetti che li rappresentano, o al Titolare effettivo (di seguito, in generale, il "Cliente"), che sono tutelati dal Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR").

Il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia è necessario per il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici. Se il conferimento dei dati personali richiesti dalla Compagnia fosse facoltativo, tale possibilità sarebbe indicata al momento della raccolta dei dati. Le informazioni di seguito fornite riguardano anche, per quanto applicabili, i trattamenti di dati personali eventualmente posti in essere da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", come di seguito specificati, ferma la facoltà per gli stessi di rendere autonoma informativa.

B. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali raccolti dalla Compagnia sono necessari:

(i) Per adempiere ad obblighi di legge e di regolamento, laddove applicabili

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, anche tra cui:

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

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

(ii) Per l'esecuzione di un contratto di cui il Cliente è parte o per l'esecuzione di misure precontrattuali, adottate su



sua richiesta

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per stipulare ed eseguire i relativi contratti, incluso:

- la definizione del profilo di rischio assicurativo del Cliente e dei costi a suo carico;
- la prestazione dei servizi assicurativi che riguardano il Cliente;
- la gestione dei Sinistri assicurativi, la relativa liquidazione e l'esecuzione delle Garanzie Assicurative;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti della Compagnia;
- l'Assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione della Compagnia della possibilità di offrire al Cliente un contratto di assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- soggetti Terzi interessati dal contratto di assicurazione, nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, quali:
 - (i) i titolari del contratto, i sottoscrittori e gli assicurati, nonché i loro rappresentanti;
 - (ii) gli assegnatari di contratto o i beneficiari di surrogazione;
 - (iii) i soggetti responsabili di incidenti, le vittime, nonché i loro rappresentanti e i testimoni.
- alcuni professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie.
- Società del Gruppo BNP Paribas.
- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

(iii) Per il perseguimento di legittimi interessi della Compagnia

La Compagnia tratta i dati personali del Cliente per realizzare, sviluppare e gestire i propri contratti di assicurazione, per migliorare la propria gestione del rischio e per tutelare i propri diritti legali, inclusi:

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



- organizzazione di competizioni a premi, lotterie o campagne promozionali.

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

C. Categorie di destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui ai precedenti punti 1, 2, e 3, i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia, ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" quali:

- intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione;
- altri assicuratori, ai co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e società di gestione del risparmio; società di servizi per il quietanzamento, banche;
- Enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali;
- autorità finanziarie o giudiziarie, arbitri e mediatori, agenzie statali o enti pubblici, enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa, su richiesta e nei limiti consentiti dalla legge;
- società del Gruppo BNP Paribas.

Un elenco aggiornato e completo dei suddetti soggetti o categorie di soggetti è disponibile presso la sede della Compagnia.

Il trattamento dei dati per tali finalità da parte della Compagnia e dei soggetti sopra indicati, non richiede di norma la prestazione del consenso da parte del Cliente.

D. Modalità del trattamento

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori della Compagnia autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto della stessa Compagnia, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto e, al suo termine, per i tempi previsti dalle norme in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, ed assicurativi (di norma, 10 anni).

Per le menzionate finalità i dati personali del Cliente potranno essere trasferiti al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) solo verso Paesi per i quali la Commissione Europea abbia riconosciuto un livello adeguato di protezione dei dati o, in mancanza, sulla base dell'adozione delle clausole contrattuali standard approvate dalla Commissione Europea o di norme vincolanti d'impresa (per i trasferimenti infragruppo). Per richiedere una copia di tali Garanzie o dettagli su dove siano consultabili, il Cliente può inviare una richiesta scritta ai recapiti di seguito indicati.

E. Diritti dell'interessato

Il Cliente ha i seguenti diritti:

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

F. Contatti

Se il Cliente desidera ricevere informazioni più dettagliate sul trattamento dei suoi dati personali effettuato alla Compagnia, può consultare il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" disponibile al seguente indirizzo web: www.bnpparibascardif.it (sezione "Privacy").

Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che la Compagnia, in qualità di titolare del trattamento dei dati, è tenuta a fornire al Cliente. Essa include le categorie di dati personali trattati, il loro periodo di conservazione, nonché i destinatari dei dati personali.

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

Data Protection Officer

data.protection.italy@cardif.com

P.za Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

Il richiedente dovrà allegare una scansione/copia del suo documento di identità per finalità di identificazione. In conformità alla normativa applicabile, oltre ai diritti di cui sopra, il Cliente ha anche il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo competente.

G. Dati sensibili

In alcuni casi, per esempio quando denuncia un Sinistro, la Compagnia può talvolta richiedere al Cliente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Cliente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Cliente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni alla Compagnia necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla cd. "Catena Assicurativa" (come intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, partners per la gestione dei contratti di assicurazione altri assicuratori, co-assicuratori, ri-assicuratori e fondi di garanzia, SIM e Società di gestione del risparmio, società di servizi per il quietanzamento, banche, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, soggetti terzi interessati dal contratto di assicurazione - nel rispetto di quanto previsto dal diritto nazionale applicabile, enti previdenziali se coinvolti in Sinistri assicurativi o quando la Compagnia fornisce prestazioni complementari alle prestazioni previdenziali, partners commerciali, assicurativi e bancari, arbitri e mediatori, agenzie, professionisti regolamentati come operatori sanitari, avvocati, notai, trustee e auditor nonché periti e cliniche o strutture sanitarie), società del Gruppo BNP Paribas. Il Cliente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dalla Compagnia e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione del contratto assicurativo. Quando il Cliente compila un questionario sanitario non cartaceo, l'emissione o la non emissione di un'offerta e le relative condizioni - in particolare in termini di coperture, importo del premio ed eventuali formalità mediche aggiuntive - sono determinate automaticamente, sulla base delle risposte fornite dallo stesso Cliente. Ulteriori domande possono essere rivolte al Cliente ai fini di una valutazione del rischio più accurata che consideri il suo stato di salute (comprese le malattie che riguardano il Cliente o gli incidenti subiti in passato). Sulla base delle risposte del Cliente, può essere emessa un'offerta assicurativa. Il premio e la copertura di questa offerta assicurativa possono essere modificati (aggiunta di alcune esclusioni, revoca di alcune coperture).

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



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della Polizza

Cosa viene liquidato in caso di Invalidità Permanente da Infortunio?

Avvocato

Anna a seguito di un incidente stradale, perde l'uso della gamba(*)

IP accertata **65%**

Opzione B: Somma assicurata **200.000 Euro**

Per infortuni che provocano invalidità permanenti superiori al 50% Cardif eroga l'intera somma assicurata

Prestazione: 200.000 Euro x 100% = **200.000 Euro**

Negoziante

A seguito di un infortunio, perde l'uso del pollice(*)

IP accertata **15%**

Opzione C: Somma assicurata **300.000 Euro**

Per infortuni che provocano invalidità permanenti < 20% si applica una franchigia del 5% e Cardif eroga

Prestazione: 300.000 Euro x 10% = **30.000 Euro**

Artigiano

Luca a seguito di un infortunio domestico, perde l'uso del braccio(**)

IP accertata **22%**

Opzione A: Somma assicurata **100.000 Euro**

Non si applicherà nessuna franchigia e verrà liquidata un IP pari al 22%

Prestazione: 100.000 Euro x 22% = **22.000 Euro**

Fabbro

Luca perde la falange dell'anulare

IP accertata **4%**

Opzione A: Somma assicurata **100.000 Euro**

Per infortuni che provocano IP < 5% non è prevista alcuna prestazione

TABELLA INAIL

(*) Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore

(**) Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione, in semipronazione

Cosa viene liquidato in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio?

Architetto

Mario cade durante un sopralluogo in cantiere.

Non potrà lavorare per 25 giorni

Opzione C: Diaria pari a **150 Euro**

Applicando la franchigia di 5 giorni, Cardif eroga una diaria corrispondente ai 20 giorni rimanenti di ITT

Prestazione: 150 Euro x 20gg = **3.000 Euro**

Infermiere

Luisa cade dalle scale.

Non potrà lavorare per 2 giorni

Opzione A: Diaria pari a **50 Euro**

Considerando la franchigia di 5 giorni, non è prevista alcuna prestazione

Dipendente

Luca a seguito di un infortunio domestico.

Non potrà lavorare per 15 giorni

Opzione B: Diaria pari a **100 Euro**

Applicando la franchigia di 5 giorni, Cardif eroga una diaria corrispondente ai 10 giorni rimanenti di ITT

Prestazione: 100 Euro x 10gg = **1.000 Euro**



ALLEGATO A - Tabella delle Invalidità (INAIL)

Tipologia di Sinistro		% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
1	Sordità completa di un orecchio	15%	15%
2	Sordità completa bilaterale	65%	65%
3	Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	35%
4	Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	40%
5	Altre menomazioni della facoltà visiva	Tabella successiva	Tabella successiva
6	Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	8%
7	Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	18%
8	Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria:		
9	a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	11%
10	b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	30%
11	Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	25%
12	Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	15%
13	Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennizzo	Nessuna	Nessuna
14	Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	5%
15	Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
16	Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
17	Perdita del braccio:		
18	a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
19	b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
20	Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
21	Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
22	Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
23	Perdita totale del pollice	28%	23%
24	Perdita totale dell'indice	15%	13%
25	Perdita totale del medio	12%	12%
26	Perdita totale dell'anulare	8%	8%
27	Perdita totale del mignolo	12%	12%
28	Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
29	Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
30	Perdita della falange ungueale del medio	5%	5%
31	Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	3%
32	Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	5%
33	Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%



Tipologia di Sinistro		% invalidità permanente Destro	% invalidità permanente Sinistro
34	Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	8%
35	Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	6%
36	Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	8%
37	Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
38	a) in semipronazione	30%	25%
39	b) in pronazione	35%	30%
40	c) in supinazione	45%	40%
41	d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
42	Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
43	Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
44	a) in semipronazione	40%	35%
45	b) in pronazione	45%	40%
46	c) in supinazione	55%	50%
47	d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
48	Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
49	Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
50	a) in semipronazione	22%	18%
51	b) in pronazione	25%	22%
52	c) in supinazione	35%	30%
53	Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	45%
54	Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di una protesi	80%	80%
55	Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	70%
56	Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolare	65%	65%
57	Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	55%
58	Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	50%
59	Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	30%
60	Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	16%
61	Perdita totale del solo alluce	7%	7%
62	Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun indennizzo, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato	3%	3%
63	Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	35%
64	Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	20%
65	Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	11%

NOTE:

La tabella riporta l'allegato 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che costituisce il riferimento contrattuale della Polizza.

Se sia accertato il fatto di essere mancino, le percentuali di riduzione della abilità al lavoro stabilite per l'arto superiore destro vanno applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.



ALLEGATO B - Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (INAIL Industria)

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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%
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%

NOTE:

- A. In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
B. 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.
C. 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.
D. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
E. 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%

F. 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.

ULTERIORE NOTA ESPLICATIVA:

La presente tabella si applica esclusivamente in caso di danno a entrambi gli occhi (cd. binoculare); la perdita totale della facoltà visiva di un occhio comporta un'invalidità permanente del 35%, indipendentemente dalla circostanza che l'occhio lesionato sia l'occhio migliore.

Allegato C: Tabella degli Indennizzi (Art. 5)

PER COMPRENDERE LA TABELLA DEGLI INDENNIZZI:

% INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA: è la percentuale di invalidità permanente accertata a seguito di Infortunio.

% SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE: indennizzo corrisposto in caso di sinistro. Per ogni grado di Invalidità Permanente accertata viene associata una percentuale di indennizzo specifica. Questa percentuale verrà moltiplicata per la Somma Assicurata scelta.

Nota: Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 50%, la Compagnia liquida all'Assicurato un Indennizzo corrispondente all'intera Somma Assicurata.

% Invalidità Permanente accertata	% Somma Assicurata da liquidare
da 1% a 5%	0,0%
6,0%	1,0%
7,0%	2,0%
8,0%	3,0%
9,0%	4,0%
10,0%	5,0%
11,0%	6,0%
12,0%	7,0%
13,0%	8,0%
14,0%	9,0%
15,0%	10,0%
16,0%	11,0%
17,0%	12,0%
18,0%	13,0%
19,0%	14,0%
20,0%	20,0%
21,0%	21,0%
22,0%	22,0%
23,0%	23,0%
24,0%	24,0%
25,0%	25,0%
26,0%	26,0%
27,0%	27,0%
28,0%	28,0%
29,0%	29,0%
30,0%	30,0%
31,0%	31,0%
32,0%	32,0%
33,0%	33,0%
34,0%	34,0%
35,0%	35,0%



% Invalidità Permanente accertata	% Somma Assicurata da liquidare
36,0%	36,0%
37,0%	37,0%
38,0%	38,0%
39,0%	39,0%
40,0%	40,0%
41,0%	41,0%
42,0%	42,0%
43,0%	43,0%
44,0%	44,0%
45,0%	45,0%
46,0%	46,0%
47,0%	47,0%
48,0%	48,0%
49,0%	49,0%
≥50%	100,0%

