

Polizza Malattie Gravi



DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurances Risques Divers
Prodotto: BNL Sostegno Futuro
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?

BNL Sostegno Futuro è una Polizza assicurativa a tutela della persona in caso di diagnosi di una malattia grave, che comporti un'inabilità permanente superiore al 5%, per poter affrontare con maggior tranquillità le proprie cure e la riabilitazione.



Che cosa è assicurato?

✓ Malattie Gravi in caso di diagnosi di una delle seguenti 6 malattie:

- ✓ Cancro
- ✓ Ictus
- ✓ Infarto miocardico
- ✓ Chirurgia di by-pass aorto –coronarico
- ✓ Trapianto di organi principali
- ✓ Insufficienza renale

✓ Somma assicurata massima di 150.000 Euro



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ cliente con età superiore ai 65 anni al momento della sottoscrizione
- ✗ cliente con età superiore ai 71 anni alla scadenza dell'Anno Assicurativo

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



Ci sono limiti di copertura?

È esclusa l'insorgenza della Malattia Grave causata direttamente o indirettamente da:

- ! attività dolosa del Cliente o del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ! attività sportive e/o professionali condotte dall'Assicurato. In particolare sono esclusi pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, alpinismo superiore a 4000 metri, sci d'acqua, gare di motonautica, immersioni subacquee a profondità superiori ai 40 metri, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- ! abuso di alcool, o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ! danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo; con ciò si intende che l'Indennizzo non viene erogato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- ! malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di Infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- ! infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora la Malattia Grave si verifichi entro 5 anni dall'emissione della Polizza, salvo il caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuati nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione del Modulo di Polizza.



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 soprattutto sul tuo stato di salute.

Dichiarazioni inesatte e reticenze possono influire sulla valutazione del rischio e comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennità, o persino la cessazione dell'Assicurazione (art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). In particolare, le informazioni richieste al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, 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.

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?

Il versamento del Premio verrà effettuato tramite addebito sul c/c. Il Premio è annuale anticipato con possibilità di frazionamento mensile senza alcun onere di rateizzazione. In caso di pagamento mensile le 12 rate mensili saranno di pari importo, senza alcuna maggiorazione rispetto al pagamento in un'unica soluzione.



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 per un massimo di 19 rinnovi, ove il Cliente o l'Assicurato non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta potrà essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR a Cardif, oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario), almeno 30 giorni prima della scadenza di ogni Anno Assicurativo. Al termine del periodo assicurativo successivo al 19° rinnovo la copertura cessa automaticamente senza comunicazione da darsi tra le parti. Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Cliente sul Modulo di Polizza almeno 30 giorni prima della scadenza di ogni Anno Assicurativo.

Assicurazione Malattie Gravi



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

Cardif Assurances Risques Divers

Prodotto: BNL Sostegno Futuro

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 Assurance Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 332,066 Milioni di Euro di cui 21,602 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 310,464 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 140% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 628 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 448 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.bnpparibascardif.com/documents/583427/1161606/2018+-+SFCR+Cardif+Assurances+Risques+Divers.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

L'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Malattie Gravi

Cardif riconosce all'Assicurato la corresponsione di una Somma Assicurata nel caso in cui sia diagnosticata a quest'ultimo, nel corso della durata contrattuale, una Malattia Grave avente le caratteristiche di seguito specificate comportanti necessariamente una Invalidità Permanente di grado superiore al 5%:

- **cancro:** tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani. La diagnosi di cancro deve essere confermata da referto istopatologico. Il cancro comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.
- **ictus:** necrosi del tessuto cerebrale dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue o di emorragia che ha come conseguenza tutte le seguenti condizioni: comparsa di nuovi sintomi neurologici compatibili con un ictus; insorgenza di nuovi deficit neurologici obiettabili all'esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la diagnosi di ictus; nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la diagnosi clinica.
- **chirurgia di bypass aortocoronarico:** Intervento di cardiocirurgia in campo aperto per correggere la stenosi o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante un innesto di bypass.
- **trapianto d'organo principale:** Inclusione all'interno di una lista di attesa ufficiale o il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o midollo osseo.
- **insufficienza renale:** Insufficienza renale terminale all'ultimo stadio che richiede emodialisi o regolaredialisi peritoneale. La diagnosi deve essere confermata da un nefrologo. La dialisi deve essere una situazione definitiva e non intermedia dovuta ad un acuto stato di insufficienza renale incapace di recuperare la sua attività (insufficienza renale transitoria).
- **infarto miocardico:** Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto: necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue. La diagnosi deve essere confermata da biomarcatori cardiaci che sono in linea con la terza versione della definizione universale di infarto miocardico globalmente accettata, più uno dei seguenti parametri:
 - Segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore;
 - Nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del Premio

Non sono previste riduzioni di premio

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- tutte le Malattie gravi diverse dal Cancro, l'ictus, chirurgia di by-pass aortocoronarico, insufficienza renale, infarto miocardico;
- il Contraente/Assicurato che non ha residenza/domicilio in Italia;
- il Contraente/Assicurato residente in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- il Contraente e l'Assicurato facciano parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa contro il rischio di Malattia Grave è soggetta ad una Carenza pari a 120 giorni nel caso di cancro, ictus, chirurgia di bypass aortocoronarico e infarto miocardico.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

Sinistri devono essere denunciati per iscritto a Cardif a mezzo posta o fax, ai seguenti recapiti:

Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri
Casella postale 421
20123 Milano
email: documentisinistriprotezione@cardif.com

La denuncia deve avvenire entro 90 giorni da quello in cui è stata certificata la diagnosi della Malattia Grave. Trascorso questo termine, Cardif si riserva il diritto di non liquidare la Somma Assicurata e la copertura si estingue.

Ai fini della liquidazione dei Sinistri dovrà essere consegnata a Cardif la documentazione prevista nonché ogni altra documentazione necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.

Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo per la Malattia Grave, dovrà essere trasmesso a Cardif:

- la richiesta di liquidazione, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona in sua vece, con la quale viene comunicata l'insorgenza della Malattia Grave, come riportata nel referto medico corrispondente, indicandone il tipo tra quelle previste nelle Condizioni di Assicurazione, precisando la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica;
- la Polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa; la fotocopia del documento di identità dell'Assicurato;
- il certificato del medico curante, preferibilmente redatto sull'apposito modulo fornito da Cardif;
- la copia autenticata della cartella clinica integrale relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, dell'Assicurato antecedente o in corso al momento della diagnosi di Malattia Grave, comprensiva degli esami specialistici e di laboratorio completi, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Cardif si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria od amministrativa ad integrazione di quanto già trasmesso.

Cardif può riservarsi di non procedere al pagamento della Somma Assicurata nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratica attività in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

Infine, se l'avente diritto alla Prestazione è un interdetto, la richiesta di liquidazione dovrà essere sottoscritta da chi ne esercita la potestà o dal Tutore. Prima di procedere alla liquidazione, Cardif dovrà ricevere il Decreto di Autorizzazione del Giudice Tutelare.

Assistenza diretta/in convenzione:

Non prevista

Gestione da parte di altre imprese:

Non prevista

	Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compreso il recesso da parte di Cardif o la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa.
Obblighi dell'impresa	La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante lo stesso.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	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. Se il Cliente non paga il Premio relativo al primo anno, Cardif può agire per l'esecuzione dell'Assicurazione nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il Premio è ripartito in più rate (pagamento mensile), fermo restando il disposto dei primi due commi dell'Art.1901 del Codice Civile; in tal caso il termine decorre dalla data di scadenza delle singole rate.

 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: lineapersone@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. 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"> • 30% del premio netto versato 	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Cardif – Ufficio Reclami- Piazza Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano; e-mail reclami@cardif.com; fax 02.77.224.265. La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	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: IVASS - Servizio tutela del consumatore Via del Quirinale 21 - 00187 Roma ivass@pec.ivass.it fax 06 4213 3206 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. 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
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione (obbligatoria)	È possibile chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010) e rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
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.

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET 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 SOSTEGNO FUTURO

PROTEZIONE DELLA PERSONA

Modello SSFBNL0321

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"



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

La Polizza in sintesi	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	1 di 18
Glossario	1 di 18
Norme che regolano le Garanzie Assicurative	3 di 18
Art. 1. Cosa e chi copre l'Assicurazione?	3 di 18
Art. 2. Chi si può assicurare?	4 di 18
Art. 3. A quali condizioni operano le Garanzie Assicurative?	4 di 18
Art. 4. Come sottoscrivere l'Assicurazione?	5 di 18
Art. 5. Quali sono le prestazioni?	5 di 18
Art. 6. Quali eventi sono esclusi dalle Garanzie Assicurative?	6 di 18
Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?	6 di 18
Art. 8. Chi è il beneficiario delle Garanzie Assicurative?	7 di 18
Art. 9. Quali sono i Massimali?	7 di 18
Art. 10. Come si calcola e come si paga il Premio?	7 di 18
Art. 11. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?	8 di 18
Art. 12. Dove valgono le Garanzie Assicurative?	8 di 18
Art. 13. Si può recedere dall'Assicurazione?	8 di 18
Art. 14. In quali casi il Premio può essere restituito dalla Compagnia?	9 di 18
Art. 15. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?	9 di 18
Art. 16. Cosa succede in caso di dichiarazioni inesatte o incomplete?	9 di 18
Art. 17. Come comunicare con la Compagnia?	9 di 18
Art. 18. È possibile cedere o trasferire a terzi le garanzie o altri diritti derivanti dall'Assicurazione?	10 di 18
Art. 19. Oneri	10 di 18
Art. 20. Quale legge si applica?	10 di 18
Art. 21. Qual è il foro competente in caso di controversia?	10 di 18
Gestione del Sinistro	10 di 18
Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?	10 di 18
Art. 23. Quando sarà pagato l'indennizzo?	11 di 18
Reclami	11 di 18
Art. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?	11 di 18
Protezione dei dati personali	12 di 18
Art. 25. Protezione dei dati personali	12 di 18
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione BNL Sostegno Futuro	17 di 18
ALLEGATO 1	18 di 18



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

La Polizza in sintesi

La "Polizza BNL - Sostegno Futuro" è una Polizza facoltativa che offre protezione per affrontare con maggior tranquillità le cure e la riabilitazione necessarie a seguito della diagnosi di una delle **Malattie Gravi** coperte dall'Assicurazione, laddove comporti un'**Invalidità Permanente superiore al 5%** e, quindi, impedisca o limiti in modo definitivo la capacità di svolgere qualsiasi lavoro. L'Assicurato acquisisce il diritto all'indennizzo decorsi 14 giorni dalla data della diagnosi ovvero dalla data del Sinistro, purché lo stesso Assicurato sia in vita alle ore 24:00 del 14° giorno successivo alla data della diagnosi.

Che cos'è

Le garanzie offerte dal prodotto, una per una

L'Assicurazione offre protezione alle persone fisiche assicurate nel caso in cui venisse loro diagnosticata una di queste Malattie Gravi:

- **cancro;**
- **ictus;**
- **infarto miocardico;**
- **chirurgia di by-pass aorto-coronarico;**
- **trapianto di organi principali;**
- **insufficienza renale.**

Cosa copre

AVVERTENZA: Leggi attentamente le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi illustra l'Assicurazione 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 sull'Assicurazione
Numero verde 800.900.780 oppure dall'estero +39 02.77.22.4686
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 Anno Assicurativo inizia alle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

Persona fisica protetta dall'Assicurazione.

Assicurazione

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

Carenza

Periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza in cui le Garanzie Assicurative non hanno effetto.

Compagnia

Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif.

- Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Sede legale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi (Francia)
- Capitale sociale: euro 21.602.240
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- 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 o giuridica che è titolare e/o cointestatario di un conto corrente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL) e che stipula l'Assicurazione.

Data di Decorrenza

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

DCIS

Diagnosi istologicamente confermata di tumore primario dei dotti mammari, nei quali c'è stata proliferazione cellulare epiteliale maligna, senza che ci sia stata invasione dei tessuti circostanti la membrana basale dei dotti.

Fumatore

Soggetto che ha fatto uso, anche ogni tanto nei due anni prima della data di sottoscrizione dell'Assicurazione, di sostanze che contengono nicotina.

Garanzie Assicurative

Le garanzie offerte dall'Assicurazione che proteggono l'Assicurato in caso di Malattia Grave.

Indennizzo

Somma pagata dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

Incidente dovuto a una causa accidentale, violenta e non dipendente dall'Assicurato, che provoca danni fisici verificabili.

Invalità permanente

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

IVASS

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

Malattia Grave

Cancro, ictus, chirurgia di by-pass aortocoronarico (CABS), insufficienza renale, trapianto d'organo principale o infarto miocardico, come descritti nelle Condizioni di Assicurazione, che comportano una Invalità Permanente superiore al 5%.

Modulo di Polizza

Documento firmato dal Contraente e dall'Assicurato (se diverso dal Contraente) per concludere l'Assicurazione.

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.

Premio

Somma che si paga alla Compagnia per avere diritto alle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Questionario di selezione medica

Questionario con domande sullo stato di salute e le abitudini di vita dell'Assicurato da compilare insieme al Modulo di Polizza che viene usato dalla Compagnia per valutare i rischi assunti con l'Assicurazione

Sinistro

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Somma Assicurata



Importo assicurato indicato nel Modulo di Polizza.

Titolare effettivo

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



Norme che regolano le Garanzie Assicurative

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

L'Assicurazione copre, nei limiti della Somma Assicurata e delle altre Condizioni di Assicurazione, il danno sofferto dall'Assicurato al quale viene diagnosticata durante l'Anno Assicurativo una delle seguenti Malattie Gravi, con conseguente Invalidità Permanente superiore al 5%:

i) **Cancro**: tumore maligno a crescita incontrollata con diffusione delle cellule maligne che invadono i tessuti sani, inclusa la leucemia, i linfomi maligni, i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo e i sarcomi. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico.

 Sono esclusi:

- **carcinoma/tumore in situ, displasia e tutte le forme premaligne, ad eccezione di DCIS (maschile o femminile);**
- **tumore della prostata, salvo che non sia classificato almeno nella categoria T2NOMO della classificazione TNM;**
- **ogni tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre lo strato superficiale della pelle;**
- **carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo;**
- **leucemia di grado A secondo la scala binet.**

ii) **Ictus**: morte (necrosi) del tessuto cerebrale a causa di un afflusso insufficiente di sangue o di una emorragia che causa tutte queste situazioni:

- nuovi sintomi neurologici compatibili con un ictus;
- nuovi deficit neurologici rilevabili in modo obiettivo da un esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la diagnosi di ictus;
- nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la diagnosi clinica.

 Sono esclusi:

- **attacco ischemico transitorio (TIA);**
- **lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;**
- **emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente;**
- **anomalia riscontrata nel cervello o con altre tecniche di imaging senza sintomi clinici e segni neurologici correlati.**

iii) **Chirurgia di bypass aortocoronarico**: intervento di cardiocirurgia a cuore aperto per correggere il restringimento (stenosi) o l'ostruzione di una o più arterie coronariche attraverso l'inserimento di bypass.

 Sono esclusi:

- **l'angioplastica transluminale coronarica percutanea (PTCA);**
- **tutte le altre tecniche che prevedono l'inserimento di un catetere nell'arteria o le procedure con laser.**

iv) **Trapianto d'organo principale**: iscrizione dell'Assicurato in una lista di attesa ufficiale o sottoposizione a un trapianto per ricevere uno di questi organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o midollo osseo.

 Sono esclusi:

- **il trapianto di altri organi, parti di organi, tessuti o cellule;**
- **il trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali, ad eccezione del trapianto di cellule staminali ematopoietiche preceduto dall'asportazione (ablazione) totale del midollo osseo.**

v) **Insufficienza renale**: insufficienza renale terminale all'ultimo stadio che richiede una emodialisi o una regolare dialisi peritoneale, confermata da un nefrologo. La dialisi deve essere una situazione definitiva e non intermedia dovuta ad un acuto stato di insufficienza renale incapace di recuperare la normale attività (insufficienza renale transitoria).

vi) **Infarto miocardico**: diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto, cioè morte di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad un blocco dell'afflusso di sangue. La diagnosi deve essere confermata da biomarcatori cardiaci secondo la terza versione della definizione universale di infarto miocardico globalmente accettata, oltre a soddisfare almeno uno di questi parametri:



- segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, insieme a un sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

Sono escluse altre sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

La diagnosi di Malattia Grave deve essere provata con un certificato del medico curante o del medico ospedaliero che citi l'insorgenza della Malattia Grave e le sue specifiche caratteristiche.

Art. 2. Chi si può assicurare?

L'Assicurazione copre l'Assicurato:

- con età tra 18 e 65 anni al momento della firma;
- che soddisfa i requisiti assuntivi stabiliti dalla Compagnia e indicati nell'art 4.

 Non possono in ogni caso essere assicurate le persone che, al momento della firma del Modulo di Polizza:

- lavorano in miniera e sono direttamente coinvolte attività di estrazione o di costruzione o esplorazione sottoterra;
- lavorano in qualsiasi piattaforma marittima (off-shore), sottomarino o nave e sono direttamente coinvolte in attività di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- lavorano in siti industriali e sono direttamente coinvolte nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;
- sono a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi.

Se l'Assicurato entra a far parte di una di queste categorie professionali durante l'Anno Assicurativo, deve avvisare immediatamente la Compagnia del conseguente aggravamento del rischio.

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 in Siria, Sudan, Cuba, Iran, Nord Corea, Regione Crimea e Sebastopoli o con persone giuridiche con sede negli stessi Stati o loro società/entità controllate o partecipate.

3.2 - Condizioni in corso di Assicurazione

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

- il Contraente/Assicurato mantiene il proprio domicilio/residenza (se persona fisica) o la sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- non supera i 71 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 l'Assicurazione?

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione firmando l'apposito Modulo di Polizza presso una delle filiali di Banca Nazionale del Lavoro S.p.A.. Inoltre, l'Assicurato (se diverso dal Contraente) deve compilare e sottoscrivere il Questionario di selezione medica della Compagnia.

 L'Assicurazione si considera conclusa con la firma del Modulo di Polizza e del Questionario di selezione medica, se:

- a. l'Assicurato risponde negativamente a tutte le domande dalla n. 3. alla n. 8; e
- b. la differenza tra l'altezza in centimetri (cm) e il peso in chilogrammi (kg) dell'Assicurato è compresa tra 80 e 120.

Art. 5. Quali sono le prestazioni?

In caso di diagnosi di una Malattia Grave, la Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo pari alla Somma Assicurata scelta dal Contraente ed indicata nel Modulo di Polizza che varia da un minimo di 30.000 Euro ad un massimo di 150.000 Euro.

 Tuttavia, se è stata diagnosticata la DCIS (maschile o femminile) prima del pagamento dell'intera Somma Assicurata per un'altra Malattia Grave e non risulta essere necessaria una asportazione chirurgica completa di entrambe le mammelle (cd. mastectomia totale bilaterale), la Compagnia paga un Indennizzo pari al 10% della Somma Assicurata fino a un massimo di Euro 5.000,00, fermo il perdurare dell'Assicurazione.



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

 L'Assicurazione non copre le Malattie Gravi causate, direttamente o indirettamente, da:

- attività volontaria (dolosa) del Contraente o dell'Assicurato;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti volontari (dolosi);
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- attività sportive e/o professionali dell'Assicurato. In particolare, sono esclusi pugilato e arti marziali svolti professionalmente, speleologia, alpinismo oltre i 4000 metri, sci d'acqua, gare di motonautica, immersioni subacquee a profondità superiori ai 40 metri, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo e/o automobilismo con partecipazione a gare, le attività professionali con esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- abuso di alcool o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- danni alla persona autoprocurati dall'Assicurato, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo; con ciò si intende che l'Indennizzo non viene pagato se è provato che l'Assicurato volontariamente non abbia consultato medici o non abbia seguito le indicazioni mediche per migliorare il proprio stato di salute;
- malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di Infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette, successi prima di firmare il Modulo di Polizza, conosciuti dall'Assicurato e non dichiarati;
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili, se la Malattia Grave si verifica entro 5 anni dalla data di emissione del documento che prova l'Assicurazione (cd. polizza), tranne se l'Assicurato disponga di un test HIV con esito negativo fatto nei 3 mesi precedenti la firma del Modulo di Polizza.

Art. 7. Quanto durano le Garanzie Assicurative?

7.1 Quando iniziano e quanto durano?

 Le Garanzie Assicurative iniziano dalle ore 24:00 della data di firma del Modulo di Polizza e durano 1 anno.

Tuttavia, per le Malattie Gravi di cancro, ictus, chirurgia di bypass aortocoronarico e infarto miocardico, le Garanzie Assicurative sono soggette ad un periodo di Carenza di 120 giorni. In caso di Sinistro durante la Carenza, le Garanzie Assicurative non operano e la Compagnia non è tenuta a pagare alcun Indennizzo.

Diversamente, per le Malattie Gravi che comportano insufficienza renale o trapianto d'organo principale non è prevista alcuna Carenza e, quindi, le Garanzie Assicurative sono immediatamente efficaci.

7.2 Quando si rinnovano?

Alla scadenza dell'Anno Assicurativo, l'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno per un massimo di 19 rinnovi, se il Contraente/Assicurato o la Compagnia non hanno dato disdetta scritta.

La disdetta può essere data almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo:

- dal Contraente/Assicurato con lettera raccomandata A/R all'indirizzo della Compagnia indicato al successivo Art. 17, oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario); oppure
- dalla Compagnia con lettera raccomandata A/R all'indirizzo del Contraente/Assicurato indicato nel Modulo di Polizza.

7.3 Quando cessano le Garanzie Assicurative?

 Le Garanzie Assicurative cessano in ogni caso, senza possibilità di rinnovo:

Evento	Data di cessazione
Chiusura del conto corrente del Contraente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (tranne in caso di modifica o contemporanea apertura di altro conto presso BNL)	<ul style="list-style-type: none">• Fine dell'Anno Assicurativo, se il Contraente ha scelto il pagamento del Premio annuale con unico versamento anticipato; oppure• Data della prima scadenza mensile successiva a quella in cui è stata addebitata l'ultima rata di

Evento	Data di cessazione
	Premio mensile, se il Contraente ha scelto il pagamento del Premio con frazionamento mensile
Recesso dall'Assicurazione	Secondo quanto previsto dall'Art.13
Decesso dell'Assicurato	Data del decesso
Diagnosi di Malattia Grave (tranne in caso di DCIS senza necessità di asportare chirurgicamente in modo completo entrambe le mammelle, cd. mastectomia totale bilaterale)	Data della diagnosi
Compimento da parte dell'Assicurato di 71 anni	Fine dell'Anno Assicurativo in cui l'età è stata raggiunta
19° rinnovo dell'Assicurazione	Termine dell'Anno Assicurativo successivo al 19° rinnovo
Perdita da parte dell'Assicurato/Contraente del domicilio o residenza in Italia	Data del trasferimento del domicilio o residenza
Perdita da parte del Contraente (persona giuridica) della sede legale in Italia oppure trasferimento della sede legale in uno degli Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America	Data di trasferimento dalla sede
Acquisto da parte del Contraente, Titolare Effettivo (ove presente) o Assicurato della residenza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America	Data di acquisizione della residenza
Applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di residenza del Contraente, del Titolare Effettivo (ove presente) o dell'Assicurato	Data di applicazione della sanzione finanziaria/embargo
Applicazione di sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di sede originaria del Contraente (persona giuridica)	Data di applicazione della sanzione finanziaria/embargo

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

Il Beneficiario delle Garanzie Assicurative è l'Assicurato.

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

Art. 9. Quali sono i Massimali?

In caso di Sinistro, l'Indennizzo pagato dalla Compagnia non può mai essere superiore a 150.000,00 Euro.

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

Il Premio è annuo e dipende:

- dall'età dell'Assicurato;
- dalla Somma Assicurata scelta dal Contraente; e
- se l'Assicurato ha dichiarato di essere Fumatore o non Fumatore alla firma del Modulo di Polizza.



Pertanto, ad ogni rinnovo annuale, il Premio viene adeguato sulla base dei tassi percentuali di variazione indicati nell'Allegato 1, relativi all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di rinnovo. Le imposte assicurative ai sensi di legge sono applicate al nuovo Premio annuo.

Il Premio – sia iniziale che per ciascun rinnovo – si paga anticipatamente con addebito sul conto corrente del Contraente presso Banca Nazionale del Lavoro S.p.A. (BNL).

Alla firma del Modulo di Polizza, il Contraente può scegliere se pagare il Premio con un unico versamento o in 12 rate mensili uguali (senza interessi o supplementi). Entrambe le modalità danno luogo a regolare quietanza del pagamento del Premio. Il primo addebito, pari all'intero importo del Premio oppure alla prima rata mensile di 1/12 del Premio, avviene alla Data di Decorrenza.

Se l'addebito dell'intero Premio o della prima rata di Premio non va a buon fine, la Garanzie Assicurative è sospesa dalle ore 24:00 della data di tentato addebito fino alle ore 24:00 della data di effettivo pagamento. In caso di mancato pagamento dei Premi o delle rate di Premio successive alla prima, la Garanzie Assicurative è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno di effettivo pagamento. In mancanza di pagamento, l'Assicurazione cessa automaticamente se la Compagnia, nei 6 mesi successivi alla data di scadenza del pagamento, non agisce in giudizio per ottenerlo. In questo caso, la Compagnia ha diritto a ricevere il Premio per il periodo assicurativo in corso e il rimborso delle spese.

Art. 11. Cosa succede in caso di modifica del Premio e delle Condizioni di Assicurazione?

La Compagnia può modificare le Condizioni di Assicurazione e/o l'importo del Premio per giustificato motivo e, precisamente, se viene accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo dopo la valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio possono essere applicate solo rispetto agli Anni Assicurativi successivi a quello in corso.

La Compagnia comunica al Contraente la proposta di modifica con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

Se il Contraente non accetta le modifiche contrattuali proposte può recedere dall'Assicurazione, dando comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della data di efficacia della modifica. In tal caso, l'Assicurazione cessa dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso e il Contraente non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi. In ogni caso, stipulando l'Assicurazione, il Contraente ha accettato che, se non comunica niente a seguito della proposta di modifica dell'importo del Premio o delle Condizioni di Assicurazione, il silenzio viene considerato come consenso alla modifica proposta.

Le eventuali modifiche delle Condizioni di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 12. Dove valgono le Garanzie Assicurative?

La Garanzie Assicurative valgono in tutto il mondo.

Art. 13. Si può recedere dall'Assicurazione?

13.1 Recesso del Contraente



COME RECEDERE

Quando?	In che modo?	Quali sono le conseguenze?
Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza	Compilando l'apposito modulo presso le filiali BNL (farà fede la data di consegna del modulo allo sportello bancario)	<ul style="list-style-type: none">Le Garanzie Assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno di consegna allo sportello bancario del moduloIl Contraente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'Art. 14.
Entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza	Con comunicazione alla Compagnia tramite lettera raccomandata A/R con le modalità indicate all'Art. 17	<ul style="list-style-type: none">La Garanzie Assicurative cessa dalle ore 24:00 del giorno di spedizione della raccomandataIl Contraente ha diritto alla restituzione parziale del Premio secondo quanto previsto all'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.



13.2 Recesso della Compagnia

La Compagnia può recedere dall'Assicurazione se:

- dopo l'accesso in copertura, l'Assicurato, il Contraente, oppure il suo Titolare Effettivo qualora sia una persona giuridica, 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).
- le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

In questi casi, la copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

In nessun caso la Compagnia possono 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, nei seguenti casi:

- **perdita di uno o più requisiti indicati all'Art. 3.2:** la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo tra il giorno di cessazione delle Garanzie Assicurative e la scadenza originaria dell'Assicurazione, al netto delle imposte e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione, come indicate nel Modulo di Polizza. Se la perdita dei requisiti non è stata comunicata, la Compagnia può applicare anche una penale pari ai costi sopportati per la gestione dell'Assicurazione nel periodo in cui non sapeva della sua cessazione;
- **recesso del Contraente:** la Compagnia restituisce al Contraente, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione che consente il rimborso, il Premio versato al netto della parte di Premio per la quale le Garanzie Assicurative hanno avuto effetto. La Compagnia può inoltre trattenere le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione dell'Assicurazione, come indicate nel Modulo di Polizza;
- **recesso della Compagnia dall'Assicurazione:** la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio relativa al periodo in cui le Garanzie Assicurative non hanno avuto effetto.

Art. 15. Quali obblighi ulteriori ha l'Assicurato?

 In caso di diagnosi di Malattia Grave, l'Assicurato deve fare gli accertamenti e i controlli medici eventualmente chiesti dalla Compagnia, darle ogni relativa informazione e inviarle la documentazione medica del caso. L'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari, devono anche consentire la visita dei medici incaricati da Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, liberando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.



OBBLIGHI DA OSSERVARE

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

L'Assicurazione e il Premio sono determinati in base alle informazioni date, e alle dichiarazioni fatte, dall'Assicurato in base agli 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. 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 della Garanzie Assicurative, secondo quanto previsto dall'art. 1898 del codice civile e dal precedente Art. 13.2.

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 del Contraente/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, Cardiff - Back Office Protezione - Post Vendita Casella postale 550 - 20123 Milano;



COME COMUNICARE CON LA COMPAGNIA



- a mezzo fax, al numero 02.30329809;
- tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail servizioclienti@cardif.com.

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.

Telefonando al numero verde Servizio Clienti

800.900.780

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

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

La Compagnia, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione la possibilità di accedere ad un'area riservata per consultare la propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile 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. È possibile cedere o trasferire a terzi le garanzie o altri diritti derivanti dall'Assicurazione?

No, l'Assicurato/Contraente non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Polizza. Infatti, il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, la Compagnia paga tale importo agli eredi dell'Assicurato.

Art. 19. Oneri

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 20. Quale legge si applica?

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

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

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

Le controversie di natura medica potranno essere sottoposte per la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici. I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

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

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

Gestione del Sinistro

Art. 22. Come si denuncia un Sinistro?

L'Assicurato ha diritto all'Indennizzo dopo 14 giorni dalla data del Sinistro, ossia dalla diagnosi di Malattia Grave, a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del 14° giorno successivo a tale data.

Verificatosi il Sinistro, **l'Assicurato deve avvisare tempestivamente la Compagnia** al seguente numero verde:

numero verde 800.070.988

(dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.00 e il sabato dalle 9.00 alle 13.00)



COME DENUNCIARE
UN SINISTRO



Dopodiché deve fare la denuncia formale di Sinistro alla Compagnia entro 90 giorni da quello in cui è stata certificata la diagnosi di Malattia Grave tramite posta o email a questi recapiti:

Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Sinistri

Casella postale 421

20123 Milano

email: documentisinistriprotezione@cardif.com

Se questo termine non è rispettato, la Compagnia può non pagare la Somma Assicurata e la Garanzie Assicurative cessa.

Per ottenere l'Indennizzo, l'Assicurato deve inviare alla Compagnia questa documentazione:

- richiesta di pagamento, firmata dall'Assicurato o da altra persona in sua sostituzione, con comunicazione della Malattia Grave, come riportata nel referto medico, indicando la tipologia tra quelle previste nelle Condizioni di Assicurazione, la data della sua manifestazione e l'origine accidentale o patologica;
- documento che prova l'Assicurazione (cd. polizza) o dichiarazione di smarrimento dello stesso;
- fotocopia del documento di identità dell'Assicurato;
- certificato del medico curante, preferibilmente redatto sull'apposito modulo della Compagnia;
- copia autenticata della cartella clinica completa dell'Assicurato, relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, antecedente o in corso al momento della diagnosi di Malattia Grave, comprensiva degli esami specialistici e di laboratorio completi;
- ogni altro documento necessario e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.

Oltre a quanto già ricevuto, la Compagnia può chiedere altra documentazione sanitaria o amministrativa.

La Compagnia può non pagare l'Indennizzo se la documentazione medica presentata è stata prodotta da un medico che pratica attività in un Paese diverso dai seguenti: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

Infine, se l'Assicurato è un soggetto interdetto, la richiesta di pagamento dell'Indennizzo deve essere firmata da chi ne esercita la potestà o dal tutore. In tal caso, prima di procedere al pagamento, la Compagnia deve ricevere il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare.

Per accelerare la corretta valutazione del danno e la gestione del Sinistro, è necessario inoltrare tutta la documentazione obbligatoria richiesta. Se la documentazione inviata è incompleta, la pratica di Sinistro non può essere gestita. Il Contraente/Assicurato deve consegnare alla Compagnia qualsiasi altro documento richiesto e ritenuto necessario da quest'ultima per il pagamento dell'Indennizzo.

Art. 23. Quando sarà pagato l'indennizzo?

La Compagnia paga l'Indennizzo entro i 30 giorni dopo avere 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. 24. A chi inviare un eventuale reclamo?

24.1 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:



COME FARE UN
RECLAMO



Cardif - Ufficio Reclami
Piazza Lina Bo Bardi, 3
20124 Milano
E-mail reclami@cardif.com
fax 02.77.224.265

Inoltre, è possibile inviare reclamo utilizzando il web-form 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. 24.3.

24.2 Reclami all'intermediario assicurativo

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo che ha distribuito l'Assicurazione 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.

24.3 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 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-lacp.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. 25. Protezione dei dati personali

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

Il conferimento dei dati personali richiesti dall'Assicuratore è 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 dall'Assicuratore 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.

I dati personali raccolti dall'Assicuratore sono necessari:

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

L'Assicuratore tratta i dati personali del Cliente per adempiere a molteplici obblighi di legge e di regolamento, 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 all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla c.d. "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 dell'Assicuratore.

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

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

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

- 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 della copertura assicurativa;
- fornire al Cliente le informazioni richieste in merito ai contratti dell'Assicuratore;
- l'Assistenza e la risposta alle richieste;
- la valutazione dell'Assicuratore della possibilità di offrire al Cliente un contratto di Assicurazione e a quali condizioni.

Per tali finalità i dati del Cliente potranno inoltre essere trattati, quali autonomi titolari, da soggetti, pubblici o privati, esterni all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla c.d. "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 dell'Assicuratore.

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

c) Per il perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore



L'Assicuratore 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:

1. prova del pagamento del Premio o del contributo;
2. prevenzione delle frodi;
3. adesione a contratti di coAssicurazione o di riAssicurazione;
4. gestione IT, inclusa la gestione dell'infrastruttura (es. piattaforme condivise) e la continuità aziendale e la sicurezza IT;
5. 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 dell'Assicurato;
6. elaborazione di statistiche, test e modelli aggregati per la ricerca e lo sviluppo, al fine di migliorare la gestione del rischio del Gruppo societario dell'Assicuratore o al fine di migliorare prodotti e servizi esistenti o crearne di nuovi;
7. lancio di campagne di prevenzione, ad esempio creazione di alert in caso di calamità naturali o incidenti stradali;
8. formazione del personale dell'Assicuratore attraverso la registrazione delle telefonate ricevute ed effettuate dal suo call center;
9. personalizzazione dell'offerta dell'Assicuratore dedicata al Cliente e di quella delle altre società del Gruppo BNP Paribas attraverso:
 - miglioramento della qualità dei propri contratti assicurativi;
 - promozione dei propri contratti di Assicurazione corrispondenti alla situazione e al profilo del Cliente.

Tale obiettivo può essere raggiunto:

- segmentando i potenziali e gli attuali clienti dell'Assicuratore;
 - analizzando le abitudini dei Clienti e le loro preferenze sui vari canali di comunicazione che l'Assicuratore rende disponibili (E-mail o messaggi, visite al sito web dell'Assicuratore, ecc.);
 - condividendo i dati personali dei Clienti con un'altra società del Gruppo BNP Paribas, in particolare se il Cliente è - o diventerà - Cliente di un'altra società del Gruppo;
 - incrociando i dati raccolti dal contratto di Assicurazione che il Cliente ha già sottoscritto o del quale ha ricevuto un'offerta, con altri dati che l'Assicuratore già tratta su di lui (es. l'Assicuratore potrebbe individuare che il Cliente ha dei figli ma non ha ancora sottoscritto un'Assicurazione a copertura dell'intero nucleo familiare);
10. 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.

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 all'Assicuratore, ivi compresi i soggetti appartenenti alla c.d. "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 l'Assicuratore 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 dell'Assicuratore.

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

I dati saranno trattati con procedure prevalentemente informatizzate, potranno essere conosciuti da dipendenti e collaboratori dell'Assicuratore autorizzati al trattamento e/o da partner di fiducia che svolgono attività tecniche ed organizzative per conto dello stesso Assicuratore, in qualità di responsabili del trattamento, e saranno conservati per la durata del contratto, 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.

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, l'Assicurato ha il diritto di ricevere i propri dati personali che ha fornito all'Assicuratore, laddove tecnicamente fattibile, richiedere che vengano trasferiti a Terzi.

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

Tale Informativa contiene informazioni più specifiche inerenti al trattamento dei dati personali che l'Assicuratore, 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 dell'Assicuratore) a mezzo E-mail o posta ordinaria, ai seguenti recapiti:

Data Protection Officer

> data.protection.italy@cardif.com

> Piazza 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.

In alcuni casi, ad esempio quando denuncia un Sinistro, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Contraente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, rispetto ai quali è altresì richiesto al Contraente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Contraente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore necessariamente coinvolti in relazione alla gestione del rischio assicurato ivi compresi i soggetti appartenenti alla c.d. "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 l'Assicuratore 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 Contraente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di gestione del contratto assicurativo.

In alcuni casi, per esempio quando stipula la polizza, l'Assicuratore può talvolta richiedere al Contraente di fornire dati riguardanti il proprio stato di salute, ad esempio nel compilare una dichiarazione attestante il proprio stato di salute, un questionario medico o quando si eseguono formalità assuntive di ordine medico. Rispetto a tali dati è altresì richiesto al Contraente il rilascio di un consenso esplicito al trattamento. In tal caso il consenso rilasciato dal Contraente riguarda anche i trattamenti eventualmente posti in essere, quali autonomi titolari, dai soggetti privati esterni all'Assicuratore 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 ad 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 l'Assicuratore 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 Contraente acconsente a che i dati personali riguardanti il proprio stato di salute possano essere trattati dall'Assicuratore e dai soggetti sopra indicati esclusivamente per le finalità di conclusione del contratto assicurativo.



Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento dell'Assicurazione BNL Sostegno Futuro

ESEMPIO 1 - TUMORE IN SITU ALLA MAMMELLA (DCIS)

Anna (assicurata con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 42 anni e le viene diagnosticato un tumore in situ al seno.

Somma Assicurata 35.000 Euro

A seguito della diagnosi di DCIS (tumore in situ alla mammella) che non comporta una mastectomia totale bilaterale, la Assicurazione BNL Sostegno Futuro prevede il pagamento del 10% della Somma Assicurata.

Anna riceverà quindi un **Indennizzo** pari a **3.500 Euro**

ESEMPIO 2 - TRAPIANTO DI FEGATO

Giulio (assicurato con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 54 anni e, a causa dell'insorgenza di una grave compromissione delle funzionalità epatiche, necessita di un trapianto di fegato.

Somma Assicurata 100.000 Euro

A seguito dell'effettiva iscrizione di Giulio ad una lista di attesa ufficiale per il trapianto di organi, verrà erogato un Indennizzo pari all'intera Somma Assicurata.

Giulio riceverà quindi un **Indennizzo** pari a **100.000 Euro**

ESEMPIO 3 - INFARTOMIocardico

Giovanni (assicurato con Assicurazione BNL Sostegno Futuro) ha 34 anni e viene colpito da un infarto miocardico.

Somma Assicurata 100.000 Euro

A seguito dell'infarto, Giovanni muore dopo 10 giorni dalla data della diagnosi.

Il sinistro di Giovanni non è liquidabile.



ALLEGATO 1

La tabella riporta i tassi percentuali di variazione relativi all'età anagrafica dell'Assicurato alla data di rinnovo dell'Assicurazione.

Età al rinnovo	Variazione % del premio Non Fumatore	Variazione % del premio Fumatore	Età al rinnovo	Variazione % del premio Non Fumatore	Variazione % del premio Fumatore
19	0,4394%	0,3346%	45	10,3164%	11,1949%
20	0,5235%	0,3991%	46	9,7730%	10,5152%
21	0,6371%	0,6347%	47	9,2383%	9,8550%
22	1,0610%	1,0269%	48	4,5481%	3,9201%
23	3,5448%	5,3372%	49	9,2493%	8,7022%
24	5,5210%	5,4972%	50	9,2238%	9,7645%
25	5,9828%	5,9589%	51	9,2209%	9,5726%
26	6,2317%	6,2158%	52	9,2975%	9,4331%
27	6,1661%	6,1972%	53	9,3267%	9,2514%
28	-1,1307%	-1,2964%	54	9,1739%	8,9871%
29	6,1052%	5,9052%	55	10,2647%	8,8146%
30	7,3433%	8,0082%	56	8,9633%	8,6815%
31	6,7221%	8,5928%	57	8,9319%	8,6422%
32	7,9313%	8,4310%	58	6,1429%	4,7345%
33	7,2516%	7,6349%	59	8,8859%	8,6286%
34	6,8546%	7,2244%	60	9,9830%	9,5308%
35	6,1836%	7,6916%	61	10,7563%	10,0889%
36	7,1597%	8,8257%	62	10,4639%	9,7753%
37	8,5410%	10,3531%	63	10,0552%	9,3156%
38	-0,2389%	1,5124%	64	9,9762%	9,2066%
39	10,0481%	12,0819%	65	9,6008%	8,8886%
40	10,2181%	12,4816%	66	9,4227%	8,8138%
41	10,7489%	12,4390%	67	8,9883%	8,5308%
42	11,0248%	12,5410%	68	7,9524%	7,6278%
43	10,9452%	12,2405%	69	8,3605%	8,1082%
44	10,6651%	11,7478%	70	8,3770%	8,1670%

Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento della tabella di cui all'Allegato 1:

Età alla sottoscrizione: 40

Premio annuo anticipato alla sottoscrizione (imposte incluse): Euro 1.000

Età al rinnovo: 41

Percentuale di variazione per età: + 10,74%

Premio annuo anticipato al rinnovo (imposte incluse): Euro 1.000 + 10,74% = Euro 1.107,49

Età al rinnovo: 42

Percentuale di variazione per età: + 11,03%

Premio annuo anticipato al rinnovo (imposte incluse): Euro 1.107,49 + 11,03% = Euro 1.229,59

