

DEFINIZIONI:

Aderente: la persona fisica che ha aderito alle Polizze.

Assicurato: la persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione.

Assicuratoreli – Compagniale: per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente, relative alla Polizza n. 5052/01, **CARDIF ASSURANCE VIE S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo - 20132 Milano, Capitale Sociale di Euro 669.754.976,00, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente P. IVA 08916510152 – R.E.A. 1254537, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I. 00010, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

Per le garanzie Decesso da Infortunio per incidente stradale, Inabilità Totale e Temporanea, Perdita d'Impiego e Malattia Grave, relative alla Polizza n. 5365/02, **CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede legale al n° 15 di Via Tolmezzo - 20132 Milano, Capitale Sociale di Euro 14.784.000,00, P. IVA. , C.F e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500153, R.E.A. n°1254536 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

Attestato di Assicurazione: documento emesso dalla Compagnia che attesta la conclusione del contratto per effetto del consenso telefonico e l'accesso alla copertura assicurativa.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Contraente: Findomestic Banca S.p.A., con sede legale in via Via J. Da Diacceto, 48, 50123 Firenze, iscritta al n. D000200406 della Sezione D del Registro Unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. Lgs. 209 del 2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 che stipula le Polizze per conto dei propri clienti che sottoscrivono un Finanziamento e che propone l'adesione alle coperture su incarico delle Compagnie.

Data di Decorrenza: in caso di adesione telefonica, la data di adesione telefonica alla copertura assicurativa così come riportata nell'Attestato di Assicurazione; in caso di adesione presso una filiale della Contraente, la data di sottoscrizione del

Modulo di Adesione, così come riportata nel modulo stesso.

Decesso: la morte dell'Assicurato.

Dichiarazione di Buono Stato di Salute: dichiarazione con cui l'Assicurato attesta di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni che necessitino di un trattamento medico, farmacologico, fisioterapico o psicoterapico continuativo nel tempo e di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio.

Finanziamento: il finanziamento erogato dalla Contraente di tipo "Apertura di linea di credito", anche attraverso l'emissione di una carta di credito.

Inabilità Temporanea Totale: la perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di assicurazione.

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

Invalidità Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole



di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave: una delle seguenti malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Modulo di Adesione: documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Aderente in caso di adesione presso una filiale della Contraente.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Pacchetto Assicurativo: l'insieme delle Polizze Collettive n. - 5052/01 e n. 5365/02.

Parti: Aderente/Assicurato, Assicuratore, Contraente.

Perdita d'Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Polizze: le Polizze Collettive n. 5052/01 e n. 5365/02 stipulate fra Contraente ed Assicuratore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'art. 5, le seguenti garanzie valide in tutti i paesi del mondo:

- **Copertura per Decesso** per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Invalidità Permanente**, per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Decesso da Infortunio per incidente stradale** per tutti gli Assicurati;
- **Copertura per Inabilità Temporanea Totale**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici;
- **Copertura per Perdita d'Impiego**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- **Copertura per Malattia Grave**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.

Le Polizze, che includono le garanzie sopra elencate, e che costituiscono il Pacchetto Assicurativo, sono offerte solo congiuntamente. I clienti della Contraente potranno aderire al Pacchetto Assicurativo con un'unica dichiarazione di adesione resa mediante assenso telefonico ovvero, presso la filiale della Contraente, mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

È assicurabile la persona fisica di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 70 anni, e che abbia in precedenza sottoscritto il Finanziamento concesso dalla Contraente.

L'assicurato deve poter rilasciare la dichiarazione di buono stato di salute predisposta dalla Compagnia e, qualora sia un lavoratore dipendente del settore privato, non deve aver ricevuto in precedenza dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale viene individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

Si aderisce al Pacchetto Assicurativo prestando oralmente il proprio consenso nel corso della telefonata di collocamento oppure sottoscrivendo il Modulo di Adesione presso una filiale della Contraente.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza. La prima mensilità di Premio non sarà addebitato prima di 30 giorni dalla Data di Decorrenza.

Art. 3.2 Cessazione delle garanzie

Le coperture assicurative hanno termine:

- dalla Data di Decorrenza in caso di omesso pagamento della prima mensilità di Premio;
- a far data dal secondo tentativo consecutivo di addebito della mensilità di Premio risultato senza seguito;
- in caso di recesso ai sensi dell'art. 4;
- qualora la linea di credito sia revocata ed il totale dovuto alla Contraente sia pari a zero;
- quando la carta, su cui la linea di credito è stata aperta, sia scaduta e non rinnovata ed il totale dovuto alla Contraente sia pari a zero;
- alla fine del mese di compimento dei 78 anni di età da parte dell'Assicurato;
- in caso di liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie



Decesso o Invalidità Permanente prestate da Cardif Assurance Vie S.A. in forza della Polizza 5052/01 nonché in caso di liquidazione della Prestazione di cui alla garanzie Decesso da Infortunio per incidente stradale o Malattia Grave prestate da Cardif Assurances Risques Divers S.A., in forza della Polizza 5365/02.

Art. 4 Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dalle Polizze entro 30 giorni dalla data di addebito della prima mensilità di Premio dandone comunicazione alle Compagnie per il tramite di Findomestic Banca S.p.A. per via telefonica al numero della propria agenzia Findomestic rintracciabile sul sito www.findomestic.it o negli elenchi telefonici, oppure a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Cardif c/o Findomestic Banca S.p.A., Casella Postale 6279 Firenze

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione telefonica o della spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Aderente, per il tramite della Contraente, del Premio eventualmente già corrisposto al netto delle imposte e della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento, da parte delle Compagnie, della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso da una delle Polizze Collettive, implica, necessariamente, il recesso dall'altra, costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo. L'Aderente ha facoltà di recedere dalle coperture assicurative anche oltre i termini di cui sopra. Il recesso, da esercitarsi con le già descritte modalità, ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione telefonica o della ricezione della raccomandata. Le Compagnie avranno anch'esse la facoltà di recedere dalle coperture assicurative in caso di interruzione del rapporto assicurativo con la Contraente.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

5.1 Copertura assicurativa per Decesso

(a) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(b) Rischio assicurato

Il rischio coperto è il decesso, qualunque possa esserne la causa.

(c) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute.

5.2 Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente

(a) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(b) Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi, per una percentuale non inferiore al 66%, da Infortunio o Malattia verificatisi dopo la Data di Decorrenza; eventuali stati di invalidità pregressa all'adesione alla Polizza non rilevano,

pertanto, ai fini dell'Invalidità rilevante per la prestazione.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

(c) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento del sinistro, al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza ed esclusi eventuali importi di rate insolute. Come data di Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento; in caso di Malattia, la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

5.3 Copertura assicurativa per Decesso da Infortunio per incidente stradale

(a) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(b) Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Decesso derivante da Infortunio cagionato da incidente stradale.

(c) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute. Tale prestazione si cumula con la prestazione relativa alla garanzia Decesso di cui all'Art. 5.1. La copertura assicurativa per decesso da infortunio per incidente stradale non è operante nei casi di Decesso verificatosi dopo un anno dal giorno in cui si è verificato l'Infortunio.

5.4 Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Lavoratori Autonomi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6 "Esclusioni", il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.

(c) Periodo di Franchigia

La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico).

(d) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore, perdurando l'inabilità al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del finanziamento erogato dalla Contraente che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa.

Verranno computati i soli addebiti relativi ad utilizzi della linea di credito in data precedente al Sinistro. Non sarà pertanto dovuto alcun Indennizzo per incrementi della rata di rimborso relativi all'utilizzazione della linea di credito durante il periodo



di inabilità.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

5.5 Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6 "Esclusioni", il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave, quando presenti le seguenti caratteristiche:

- ICTUS

Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente;

- CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno;

- ATTACCO CARDIACO

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori:

- anamnesi di precordialgia tipica;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche;
- aumento degli enzimi cardiaci;

- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO

Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser;

- INSUFFICIENZA RENALE

Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale;

- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

(c) Periodo di Carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(d) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore liquida un capitale pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data di sinistro, escluse eventuali rate insolute. Come data di Sinistro si intende la data di prima diagnosi.

L'Assicuratore effettuerà la liquidazione della Prestazione solo al termine del periodo di sopravvivenza, che è pari a 2 mesi dalla data di diagnosi della Malattia Grave.

5.6 Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati, che al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le esclusioni di cui all'art. 6 "Esclusioni", il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(c) Periodo di Franchigia

La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

(d) Periodo di Carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 30 (trenta) giorni.

(e) Prestazione assicurativa

Fermi i massimali di cui all'art. 9 "Massimali", l'Assicuratore, perdurando lo stato di disoccupazione al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il restante periodo di disoccupazione e, in caso di perdita di un impiego a tempo determinato, entro e non oltre la prevista durata del contratto di impiego.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente all'Assicuratore e l'indennizzo, in ogni caso, non sarà più dovuto. Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo.

Verranno computati i soli addebiti relativi ad utilizzi della linea di credito in data precedente al Sinistro. Non sarà pertanto dovuto alcun Indennizzo per incrementi della rata di rimborso relativi all'utilizzazione della linea di credito durante il periodo di disoccupazione.

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato, dell'Aderente ovvero del Beneficiario;*
- b) sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi 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;

c) sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato entro i primi due anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;

d) sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;

f) infortuni già verificatisi o malattie già in essere, anche se non noti o diagnosticati, alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;

g) sinistri conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;

h) sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;

i) sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;

j) Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero in altre patologie ad essa collegate.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è inoltre esclusa in caso di:

k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.

Oltre che nei casi generali sub lettere da a) a k), la copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

l) licenziamenti di assicurati che, prima dell'adesione, avevano ricevuto dal datore di lavoro un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;

m) licenziamenti dovuti a "giusta causa";

n) dimissioni;

o) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;

p) licenziamenti da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore etc.);

q) cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente;

r) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;

s) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";

t) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;

u) messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;

v) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;

w) licenziamento per superamento del periodo di comporto;

x) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiari irrevocabili della Prestazione erogata in base alle coperture per Decesso e Decesso da Infortunio per incidente stradale sono gli eredi dell'Aderente.

Beneficiario irrevocabile per la Prestazione erogata per Invalidità Permanente è l'Aderente.

Beneficiaria irrevocabile delle Prestazioni erogate in base alle coperture per Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Perdita d'Impiego è la Contraente, che fin d'ora accetta, al fine di estinguere o ridurre il debito dell'Aderente e fino, al massimo, a concorrenza delle somme dovute dall'Aderente medesimo. In relazione all'eventuale eccedenza, Beneficiario delle succitate Prestazioni è l'Aderente stesso.

Laddove il Beneficiario sia l'Aderente o, se del caso, gli eredi di quest'ultimo, la Prestazione potrà essere liquidata direttamente dalle Compagnie ovvero per il tramite della Contraente.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il Premio è periodico ed è calcolato in percentuale sulla rata mensile di rimborso. L'ammontare del Premio mensile si ottiene secondo la seguente formula: $4,90\% * \text{Rata Finanziamento (somma da rimborsare mensilmente)}$. Il pagamento del Premio avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento. È riconosciuta in media all'intermediario una quota parte pari al 52,00% del premio al netto delle tasse; ad esempio, su un premio imponibile di Euro 10,00 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 5,20.

Art. 9 Massimali

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dall'Assicuratore è:

- per le garanzie Decesso, Decesso da Infortunio per incidente stradale, Invalidità Permanente e Malattia Grave: Euro **60.000**;

- per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale: Euro **1.500** di Indennità per ciascuna rata mensile del Finanziamento erogato dalla Contraente. Inoltre, l'Indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di **24** rate mensili del Finanziamento per singolo sinistro e di **36** rate mensili del Finanziamento per l'intera durata della copertura;

- per la garanzia Perdita d'Impiego: Euro **1.500** di Indennità per ciascuna rata mensile del Finanziamento erogato dalla Contraente. Inoltre, l'Indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di **6** rate mensili del Finanziamento per singolo sinistro e di **18** rate mensili del Finanziamento per l'intera durata della copertura.

Art. 10 Denuncia dei Sinistri

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a



Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224.261.

L'Aderente/Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800 084902.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dall'Assicuratore):

Decesso, Decesso da Infortunio per incidente stradale: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; in caso di effettuazione di autopsia, copia del reperto autoptico; se l'Assicurato ha lasciato testamento, copia autenticata del testamento e copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire; se l'Assicurato non ha lasciato testamento, copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.

Invalidità Permanente: certificato di invalidità permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

Inabilità Temporanea Totale: dichiarazione del medico curante e, in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e o copia della cartella clinica.

Malattia grave: dichiarazione del medico curante assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto.

Perdita d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Art. 11 Liquidazione dei Sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Legge applicabile

La legge applicabile alle Polizze è quella italiana.

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

Art. 13 Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 17 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 14 Cessione dei diritti

L'Aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione delle presenti Polizze, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Art. 17 Reclami

Reclami all'Impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto:

- per la polizza n° 5052/01, a Cardif Assurance Vie S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com
- per la polizza n° 5365/02, a Cardif Assurances Risques Divers S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tolmezzo, 15 - 20132 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà, rivolgersi all'ISVAP, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della copia del reclamo presentato alle Compagnie nonché dell'eventuale riscontro fornito dalle stesse.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito



sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante.

Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito www.acam-france.fr/relations-assures.

Art. 18 Tutela dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Le Compagnie, in qualità di Titolari del trattamento, informano che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno delle nostre Compagnie, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto delle Compagnie medesime servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

Le Compagnie possono altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori;

coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico delle Compagnie; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalle Compagnie anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede delle Compagnie) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalle Compagnie "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Le Compagnie non diffondono i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso le Compagnie e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

- Cardiff Assurance Vie S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com;
- Cardiff Assurances Risques Divers S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Via Tolmezzo n. 15, 20132 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com.