NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

delle Polizze Collettive n. 5204/02_____ e n. 5304/03_____ (ed. _____03/2007)

CARDIF
A BNP PARIBAS company

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE IMPRESE

- **Cardif Assicurazioni S.p.A.**, Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano, Italia, impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento dell'ISVAP emesso in data 19.11.1996 pubblicato sulla G.U. del 28.11.1996, n. 279.
- **Cardif Assurances Risques Divers S.A.**, Rappresentanza generale per l'Italia**,** Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 – Reg. Imprese n°273430 Trib. Milano.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGISLAZIONE APPLICABILE

Ai sensi degli art. 180 e 181 del D. lgs. n. 209 del 2005, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO E AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto:

- per la polizza n° 5304/03, a Cardif Assicurazioni S.p.A.- Direzione Gestione ed Assistenza Clienti - Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com.
- per la polizza n° 5204/02, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Direzione Gestione ed Assistenza Clienti - Largo Toscanini, 1 - 20122 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, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

In sede di conclusione del contratto, gli Assicurati devono fornire alle Compagnie dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che gli Assicurati rilascino dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Garanzia Invalidità Totale Permanente, di grado non inferiore al 66%, dovuta ad infortunio o malattia.
Garanzia Perdita d'Impiego per giustificato motivo oggettivo: l'indennità non verrà corrisposta nei casi in cui la notifica di perdita di impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza.
Garanzia Malattia Grave: qualora il sinistro avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza, l'Assicuratore non procederà ad alcun indennizzo.

PRESCRIZIONE

Per gli Assicurati i diritti derivanti dalle polizze si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza (così come indicata nelle definizioni delle Condizioni di Assicurazione), dandone comunicazione all'Assicuratore a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Si invita l'Assicurato a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le garanzie incluse e quelle escluse nelle coperture assicurative, la durata delle coperture nonché la durata di uno o piu' periodi di carenza contrattuale previsti.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Assicurato: la persona fisica che in qualità di richiedente ha sottoscritto un finanziamento erogato dalla Contraente (d'ora in avanti il "Finanziamento") ed ha aderito alla Polizza avendo sottoscritto la dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Assicuratore: per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente, relative alla Polizza n. 5304/03, Cardif Assicurazioni S.p.A., con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, capitale sociale € 42.550.000, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) del 19.11.1996 (G.U. n° 279 del 28.11.1996). Reg. Imp. n° 355176 Trib. Milano – P.I. 11552470152 – R.E.A. n° 1475525. Società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di Cardif S.A.
Per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro, Perdita d'Impiego e Malattia Grave, relative alla Polizza n. 5204/02, Cardif Assurances Risques Divers S.A, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, capitale sociale di € 12.480.000, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989. Reg. Imp. n° 273430 Trib. Milano – P.I. 08916500153 – R.E.A. n° 1254536.

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.

Beneficiari: beneficiaria è la Contraente che accetta e, qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito dell'Assicurato al momento della liquidazione, l'Assicurato o gli aventi diritto ai quali la Contraente provvederà a versare tale differenza.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Contraente: Volkswagen Bank GmbH, che stipula la Polizza per conto degli Assicurati.

Data di Decorrenza: dalle ore 24.00 della data di erogazione del finanziamento da parte di Volkswagen Bank GmbH .

Data di Cessazione delle Garanzie: le ore 24.00 del giorno in cui si è verificato il primo degli eventi previsti nel successivo Articolo – *"Cessazione delle garanzie"*.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Finanziamento: operazione di finanziamento erogato dalla contraente all'Assicurato.

Franchigia: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, 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 Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, in misura pari o superiore al 66%, della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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 IRE (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato delle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o di 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.

Malattie Gravi: le 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).

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, l'Assicuratore presta le garanzie.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico come determinati nelle definizioni sopra indicate. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata 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 garanzie assicurative prestate dalle Polizze Collettive n. 5304/03 e n. 5204/02 offerte alla clientela della Contraente esclusivamente in modo congiunto.

Parti: Contraente, Assicurato, Assicuratore.

Perdita d'Impiego: la perdita del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" indipendentemente dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato.

Polizze: le Polizze Collettive n. 5304/03 e n. 5204/02 stipulate fra Contraente ed Assicuratore.

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

Ricovero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in istituto di cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in ambulatorio.

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

Art 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato le seguenti garanzie:
Copertura per decesso, tutte cause, per tutti gli Assicurati;
Copertura per Invalidità Totale e Permanente, per tutti gli Assicurati;
Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici;
Copertura per Perdita d'Impiego, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;
Copertura per Malattia Grave, per Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.
Le garanzie fanno parte di un unico Pacchetto Assicurativo a cui i clienti della Contraente potranno aderire mediante un unico atto di adesione. Le garanzie non possono essere offerte separatamente

Art 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica, di età, al momento dell'adesione alle polizze, non superiore ai 65 anni per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente e non superiore ai 61 anni per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea, Perdita d'Impiego e Malattia Grave, che ha sottoscritto un contratto di Finanziamento concesso dalla Contraente, e che aderisce al Pacchetto Assicurativo sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione e di Buono Stato di Salute.

Art 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie

Art 3.1 - Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del contratto di finanziamento della Contraente.

Art 3.2 - Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:
alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del finanziamento;
alla fine del mese di compimento del 70° anno di età da parte dell'Assicurato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente e alla fine del mese di compimento del 65° anno di età da parte dell'Assicurato per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea, Perdita d'Impiego e Malattia Grave;
in caso di sinistro pagato in relazione alle garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave, di cui all'Articolo - *"Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative"* delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art 3.3 - Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata del contratto di finanziamento, le garanzie rimangono in vigore fino al termine del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto secondo il piano di rimborso originariamente sottoscritto.

Art 4 Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione ad uno degli Assicuratori a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative del Pacchetto Assicurativo, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del premio versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della lettera di recesso.

Art 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Le coperture assicurative vengono prestate alle condizioni specificate ai seguenti punti A, B, C, D ed E:

A <u>Copertura assicurativa per Decesso</u>

(I) <u>Rischio assicurato:</u> **Salvo quanto previsto dall'Articolo - "Esclusioni"**, il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto della professione dell'Assicurato.

(II) <u>Prestazione Assicurativa:</u> L'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante al momento del decesso, secondo il piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, **esclusi eventuali importi di rate insolute.**

B <u>Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente dovuta ad Infortunio o Malattia</u>

(I) <u>Rischio assicurato:</u> **Salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni"**, il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente di grado non inferiore al 66%, senza limiti territoriali e senza tener conto della professione dell'Assicurato.
Il grado di invalidità permanente totale 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.

<u>Prestazione Assicurativa:</u> L'Assicuratore liquida una somma pari al debito residuo in linea capitale al momento del sinistro, secondo il piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, **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 e in caso di malattia la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

C <u>Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro dovuta ad Infortunio o Malattia</u>

(I) <u>Assicurati garantiti:</u> Tutti gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici.

(II) <u>Rischio assicurato:</u> **Salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni"**, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro che si verifichi quando l'Assicurato esercita effettivamente una attività lavorativa regolare.

(III) Franchigia: La copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni. In caso di ricovero ospedaliero la franchigia assoluta si intende ridotta a 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

(IV) Prestazione assicurativa: L'Assicuratore, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa, **fino ad un limite massimo di 12 rate mensili per Sinistro. In ogni caso l'Assicuratore non corrisponderà più di 12 mensilità per ogni singolo Assicurato.** Resta in ogni caso esclusa l'eventuale maxirata finale. Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 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 il periodo di franchigia.

D Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

Assicurati garantiti:Tutti gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.

(II) Rischio assicurato:**Salvo quanto previsto dall'articolo "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.

(III) Carenza: Qualora la malattia grave insorga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza, non verrà corrisposto alcun indennizzo.

(IV) Prestazione assicurativa:L'Assicuratore liquida un capitale pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data di prima diagnosi, secondo il piano di rimborso originario, **escluse eventuali rate insolute.**

E Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

Assicurati garantiti:Tutti gli 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.

(II) Rischio assicurato: **Salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni"**, il rischio assicurato è la disoccupazione totale a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(III) Franchigia e Carenza:La garanzia per il caso di Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).
La copertura assicurativa per il caso di Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 giorni. Qualora dunque il licenziamento venga notificato all'Assicurato entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza, l'indennità non verrà corrisposta.

(IV) Periodo di riqualificazione: Dopo la liquidazione di un sinistro oppure dopo la denuncia dello stesso durante l'iniziale periodo di carenza, nessun indennizzo sarà corrisposto per successivi sinistri se, dal termine del sinistro precedente o dalla sua denuncia non è trascorso un periodo di tempo, durante il quale l'Assicurato è tornato a svolgere la propria attività lavorativa, di almeno 180 giorni.

(V) Prestazione assicurativa: Dopo un periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni consecutivi, l'Assicuratore corrisponde un'indennità pari alle rate mensili di rimborso in scadenza durante il restante periodo di disoccupazione, **fino ad un limite massimo di 12 rate mensili per ogni Sinistro. In ogni modo, nel caso di diversi licenziamenti, l'Assicuratore non corrisponderà più di 36 mensilità per ogni singolo Assicurato.** Resta in ogni caso esclusa l'eventuale maxirata finale. 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'indennizzo non sarà più dovuto.
Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui ai punti (I) e (IV) del presente articolo.

Art 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

a) dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei 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) infortunio di volo, 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 e Malattie già in essere alla Data di decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
g) infortuni e Malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
h) infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
i) infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
j) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;.
k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

l) licenziamenti dovuti a "giusta causa";
m) dimissioni;
n) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
o) licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
p) cessazioni, alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
q) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
r) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
s) 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;
t) 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;
u) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria.

Art 7 Beneficiari delle prestazioni

Gli importi versati dall'Assicuratore alla Contraente Beneficiaria, saranno da quest'ultima computati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito. Qualora, al momento della liquidazione, l'importo della prestazione assicurativa sia superiore al debito residuo in quel momento esistente, la Contraente provvederà a versare la parte della prestazione che eccede tale debito residuo agli altri Beneficiari (Assicurato o aventi diritto).

Art 8 Premi dell'assicurazione

Art 8.1 – Premio dei finanziamenti Credito Classico, Baloon, Crescendo

Il premio lordo, unico ed anticipato è espresso in valore percentuale della rata di finanziamento, moltiplicato per il numero complessivo di rate del finanziamento stesso. Tale premio, comprensivo dell'imposta di assicurazione, sarà anticipato dalla Contraente e da questa addebitato all'Assicurato unitamente alla rata mensile di finanziamento.

Art 8.2 – Premio dei finanziamenti Revolving e Riutilizzi e/o Conversioni Conto Vivo

Il premio lordo periodico mensile è espresso in valore percentuale della rata di finanziamento. Tale premio, comprensivo dell'imposta di assicurazione, sarà addebitato all'Assicurato dalla Contraente unitamente alla rata mensile di finanziamento.

Art 9 Massimale

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

- per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave: *€ 40.000;*
- per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro: € 1.800 per indennità mensile. La prestazione è limitata inoltre a massimo 12 indennità mensili per sinistro e per contratto;.
- per la garanzia Perdita d'Impiego: € 1.800 per indennità mensile. La prestazione è limitata inoltre a massimo 12 indennità mensili per sinistro e massimo 36 mensilità per la durata della copertura.

Art 10 Denuncia dei Sinistri

Per la polizza n. 5304/03 (coperture Decesso ed Invalidità Totale e Permanente) i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif Assicurazioni S.p.A. – Gestione Linea Persone – Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano. L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero **800.636.386.**
Per la Polizza n. 5204/02 (coperture Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro, Perdita d'Impiego e Malattia Grave) i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Cardif Assurances Risques Divers S.A. - Gestione Linea Persone - Largo Toscanini 1 – 20122 Milano. L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero **800.636.386.**
L'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritiene necessaria per la corretta valutazione del sinistro. Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta ivi compresa quella prevista dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

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: **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; copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia; copia autenticata del testamento o 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 Totale e Permanente: **-certificazione di invalidità totale e permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.**

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

La copertura è valida solo se l'Assicurato sta svolgendo, nel momento del sinistro, un'attività lavorativa di tipo autonomo o alle dipendenze di un ente pubblico. L'Assicuratore dunque si riserva la possibilità di richiedere documentazione rilasciata dall'autorità amministrativa o da associazioni di categoria nonché al datore di lavoro per i dipendenti pubblici.

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.**

Art 11 Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art 12 Imposte ed Oneri Fiscali

Eventuali imposte e altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi alla Polizza sono a carico dell'Assicurato.

Art 13 Comunicazioni

Fatto salvo quanto sopra nell'articolo "*Denuncia dei sinistri*" e alla voce"*Reclami*" nella Nota Informativa, tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie, con riferimento alle Polizze, dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione Linea Persone - Largo Toscanini 1 – 20122 Milano, fax n. 02.77.224.261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art 14 Estensione Territoriale

La garanzia ha validità in tutti i paesi del mondo.

Art 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 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 della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Assicurato 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'Assicurato e/o avente diritto.

Art 17 Tutela Dati - Informativa

Ai sensi dell'Art. 13 del D. lgs 196 del 2003, Cardif Assicurazioni S.p.A. e Cardif Assurances Risques Divers S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito le "Società") – titolari del trattamento - La informano che tratteranno i suoi dati personali ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può tuttavia precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo.In caso di libero conferimento dei dati, occorre altresì il consenso scritto del cliente al trattamento dei dati sensibili (es. dati sulla salute) che potranno essere conferiti alle Società. All'interno delle nostre Società possono venire a conoscenza dei Suoi dati personali, come Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti o i collaboratori anche esterni adibiti a servizi e soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" , nonché strutture, interne ed esterne, che svolgono per conto delle Società compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali, servizi informatici, spedizioni) e di controllo aziendale. Per il perseguimento delle suddette finalità le Società possono comunicare i Suoi dati a soggetti, anche esteri, in particolare società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede delle Società) utilizzeranno i dati ricevuti in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati dalle Società "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. Le Società non diffondono i Suoi dati personali.Lei potrà accedere in ogni momento ai dati personali che La riguardano, ottenere l'indicazione della loro origine, del modo in cui sono utilizzati, farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, a seconda dei casi , ed opporsi alla loro utilizzazione (art. 7. del D. Lgs m. 196/2003) rivolgendosi a:Cardif Assicurazioni S.p.A., in persona del Direttore Generale, pro-tempore, nella sua qualità di *Responsabile del trattamento dati di clienti e marketing* , domiciliato per la funzione presso la sede di Largo Toscanini n. 1 , 20122 Milano;Cardif 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 Largo Toscanini n. 1 , 20122 Milano.