Foglio Informativo

Cardif - Fascicolo Informativo Polizza - Cessione Del Quinto Dello Stipendio

DATI E QUALIFICA DEL SOGGETTO CHE ENTRA IN RAPPORTO CON IL CLIENTE (Banca incaricata dell'offerta)

BENE BANCA CREDITO COOPERATIVO DI BENE VAGIENNA(CUNEO) S.C
Piazza Botero, 7 - 12041 - BENE VAGIENNA (CN)
Tel.: 0172 651111- Fax: 0172 654603
Email: info@benebanca.it - PEC: benebanca@legalmail.it
Sito internet: www.benebanca.it
Registro delle Imprese della CCIAA di Cuneo n. 2921
Iscritta all'Albo della Banca d'Italia n. 4243.20 - cod. ABI 08382
Iscritta all'Albo delle società cooperative n. A159519
Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A.
Aderente al Fondo di Garanzia dei Depositanti del Credito Cooperativo e al Fondo di Garanzia degli Obbligazionisti del Credito Cooperativo

ONERI AGGIUNTIVI E COSTI DERIVANTI DALL'OFFERTA
La commercializzazione del prodotto da parte della Banca non comporta l'addebito di alcun onere e/o costo aggiuntivo.

LUOGO OVE AVVIENE L'OFFERTA
L'offerta del prodotto avviene nei locali della Banca.

Assicurazione
Cessione del Quinto Stipendio

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP Vita)

Compagnia: Rappresentanza Generale per l'Italia di Cardif Assurance Vie

Prodotto: Cessione del Quinto dello Stipendio - Sigla S.r.l.

Edizione Febbraio 2026 (ultima edizione disponibile)

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

Che tipo di Assicurazione è?

Una copertura assicurativa per il caso di Decesso del Debitore, ovvero la persona fisica, mera portatrice del rischio assicurato con la Polizza Vita, con la quale l'Ente Erogatore ha stipulato o stipulerà un Finanziamento e che, ai fini del suo rimborso, nella qualità di debitore dell'Ente Erogatore stesso, cede/delega una quota della propria retribuzione mensile in favore di quest'ultimo.

Contraente, assicurato e beneficiario è la persona giuridica che stipula il Finanziamento con il Debitore e la Polizza con l'Assicuratore.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Decesso

✓ In caso di Decesso per qualsiasi causa l'Assicuratore liquiderà una prestazione pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso ossia il valore attuale, al TAN d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento e secondo il piano di ammortamento definito alla stipula dello stesso, delle rate residue di rimborso del Finanziamento di competenza del periodo successivo al verificarsi del rischio assicurato, al netto di ogni altra somma spettante al Debitore e corrisposta dal Datore di Lavoro al Contraente in relazione al rapporto di lavoro ed includente le eventuali rate (o frazioni di rata) di rimborso del Finanziamento insolute, a causa della temporanea interruzione/ riduzione del diritto del Debitore allo stipendio a cui abbia fatto seguito, con o senza soluzione di continuità, la risoluzione del rapporto di lavoro del Debitore medesimo.

Che cosa NON è assicurato?

Il rischio correlato ad un Debitore che alla data di sottoscrizione del Modulo di Accettazione:

✗ non sia residente in Italia;
✗ non abbia maggiore età;
✗ non abbia sottoscritto una richiesta di Finanziamento
✗ non possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia, ovvero compilare il Questionario Medico o fornire il Rapporto di Visita Medica
✗ alla Data di Decorrenza abbia un'età superiore a 68 anni (69 non compiuti)
✗ alla data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento abbia un'età superiore a 75 anni (76 non compiuti).
✗ non abbia un contratto di lavoro dipendente;
✗ abbia un contratto di lavoro dipendente che non sia di diritto italiano
✗ faccia parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov)

Ci sono limiti di copertura?

Per la garanzia Decesso sono esclusi i sinistri in caso di:

! dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario
! suicidio del Debitore se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione
! Infortuni già verificatisi o Malattie noti e non dichiarati già in essere alla data di sottoscrizione del Modulo di Accettazione o data riportata sul Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica e loro seguiti, conseguenze e postumi
! partecipazione attiva del Debitore a delitti dolosi
! Sinistri relativi a coperture assicurative che siano state accettate erroneamente in fase di assunzione a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente
! Sinistri le cui cause di non indennizzabilità non siano state rilevate dalla Compagnia a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- Ai fini dell'ottenimento della copertura il Contraente dovrà trasmettere all'Assicuratore la Proposta allegando, in formato elettronico tramite il canale di trasmissione specificamente concordato con la Compagnia, i seguenti documenti:
  - nel caso in cui la Proposta sia stata preceduta da una richiesta di valutazione in pre-accettazione che ha avuto esito positivo, copia di tale richiesta e della relativa accettazione;
  - il Modulo di Accettazione alla copertura assicurativa insieme alla copia del documento di identità del Debitore in corso di validità e la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per l'accesso alla copertura assicurativa.
- Ai fini della validità del contratto il Contraente deve aver cura che il Debitore esprima il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, facendo sottoscrivere allo stesso il Modulo di Accettazione e raccogliendo copia del suo documento di identità in corso di validità.
- In funzione del Montante del Finanziamento concesso, il Contraente dovrà far sì che il Debitore, alternativamente:
  - sottoscriva la Dichiarazione di Buono Stato di Salute inserita nel Modulo di Accettazione; oppure,
  - compili il Questionario Medico; oppure,
  - fornisca il Rapporto di Visita Medica e gli esami medici secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione 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.

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

Quando e come devo pagare?

Il pagamento del Premio avviene in anticipo e viene versato dal Contraente alla Compagnia in un'unica soluzione. L'ammontare del premio si ottiene moltiplicando il Montante per il tasso individuato in base a parametri riferibili al Debitore alla Data di Decorrenza della Polizza. L'ammontare totale del Premio unico è indicato sul Certificato di Polizza. I Premi dovranno essere versati dal Contraente entro il giorno 10 del mese successivo a quello di erogazione del Finanziamento, in base ai tabulati testa per testa forniti dalla Compagnia il primo giorno lavorativo di ogni mese.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre, cioè entra in vigore, alle ore 24 della Data di Decorrenza, cioè la data di inizio del piano di ammortamento del Finanziamento indicata sul Certificato di polizza.

La copertura cessa:

- alla data di scadenza riportata sul Certificato di Polizza;
- il giorno del compimento di 76 anni da parte del Debitore;
- in caso di recesso entro 30 giorni dalla data di pagamento del premio;
- alla data di cessazione, per qualsiasi causa, della Polizza Danni;
- alla data di estinzione anticipata del Finanziamento;
- se il Debitore risulta incluso nelle "Liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali" (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov) – anche "Liste di Restrizione", a far tempo dalla data di inserimento nelle suddette "Liste di Restrizione";
- in caso di mancato pagamento del Premio entro 100 giorni dalla Data di Decorrenza;
- in caso di inesistenza o nullità del contratto di Finanziamento con effetto dalla data di emissione;
- in caso di mancata erogazione del Finanziamento entro 100 giorni dalla Data di Decorrenza;
- per la falsificazione dei documenti previsti per l'attivazione della copertura assicurativa.

La conclusione della Polizza Vita è subordinata alla conclusione della Polizza Danni e, inoltre, alla sottoscrizione, da parte del Debitore, del Modulo di Accettazione.

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

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del contratto di assicurazione, mediante dichiarazione di revoca da comunicare all'Assicuratore in forma scritta.
Il Contraente può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di pagamento del Premio, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata o e-mail

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Non sono previsti riscatti o riduzioni di premio.

Assicurazione Cessione del Quinto dello Stipendio

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP aggiuntivo Vita)

Prodotto: Cessione del Quinto dello Stipendio - Sigla S.r.l.

Edizione Febbraio 2026 (ultima edizione disponibile)

CARDIF GRUPPO BNP PARIBAS

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Cardif Assurance Vie S.A. con sede sociale in Francia a Parigi – 1, boulevard Haussman 75009, Registro commercio Parigi B 732 028 154, soggetta all'autorità di vigilanza del mercato francese Autorité de Côntrole 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.00010 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 08916510152; tel. 02.772241; sito internet: www.bnpparibascardif.it email:servizioclienti@cardif.com; pec: cardifvie@pec.cardif.it

Cardif Assurance Vie ha un Patrimonio Netto pari a 4.258,737 Milioni di Euro di cui 719,167 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 3.539,570 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità Solvency II è pari a 228% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (pari a 17.045 Milioni di Euro) e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità dell'Azienda richiesto dalla normativa vigente (pari a 7.464 Milioni di Euro) come indicato nella Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile al seguente link:

https://www.bnpparibascardif.com/wp-content/uploads/sites/28/2025/04/Cardif-Assurance-Vie-SFCR-2024-1.pdf

Al contratto si applica la legge italiana

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita

Ci sono limiti di copertura?

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita

A chi è rivolto questo prodotto?

Banca o Intermediario Finanziario iscritto nell'albo ex art. 106 del TUB (post D.lgs. 141/2010) che svolge, tra l'altro, attività finanziaria di concessione di finanziamenti contro cessione del quinto di quote della retribuzione del Debitore ai sensi del D.P.R. n. 180 del 1950 e successive modificazioni e integrazioni e mediante conferimento di mandato irrevocabile a trattenere quote dello stipendio e che ai fini dell'erogazione dei finanziamenti ha la necessità, in base alle previsioni del DPR 180/50, che gli stessi siano garantiti dal rischio di decesso dello stesso Debitore.

Quali costi devo sostenere?

I costi sono a carico del Contraente.

- **tabella dei costi gravanti sul premio**

costi di emissione: Euro 60

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Se il reclamo riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, per email, posta, o fax all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito: Cardif – Ufficio Reclami Piazza Lina Bo Bardi, 3 20124 Milano e-mail reclami@cardif.com fax 0277.224.265 La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni da quando hanno ricevuto il reclamo. Se non lo facessero o se non fosse soddisfatto della risposta, puo' rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente. all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta delle Compagnie.

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. 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 delle Compagnie che hanno sede in Francia è ACPR (Autorité de Côntrole Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: https://acpr.banque-france.fr/en/particuliers/vos-moyens-daction/how-submit-complaint.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo, se ne ricorrono i presupposti, è obbligatorio, in alternativa alla mediazione, per promuovere un'azione giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98); la mediazione è obbligatoria, in alternativa all'Arbitro Assicurativo, per promuovere un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, che si riserva le relative valutazioni. La negoziazione assistita è facoltativa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il contratto di assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana. In particolare si segnalano: • la totale esenzione da imposte sui premi versati; • la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, se il Debitore è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo si sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni - ha diritto all'oblio oncologico e non è pertanto tenuto a fornire informazioni, né a subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://bnpparibascardif.it/oblio-oncologico. Nel caso in cui per sottoscrivere questo prodotto assicurativo non sia stata effettuata una valutazione sulla salute del Debitore, le disposizioni sul diritto all'oblio oncologico non trovano applicazione.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Se precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione il Debitore ha fornito informazioni relative al suo stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, lo stesso può inviare tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione che gli è stata rilasciata, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

CARDIF ASSURANCE VIE – Rappresentanza Generale per l'Italia

Cessione del Quinto dello Stipendio - Sigla S.r.l.

Prodotto 21_CQS271_V

La presente documentazione contrattuale deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di assicurazione e si compone di:

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

Edizione 02/2026

Indice

GLOSSARIO 1
Art. 1 Oggetto della copertura 3
Art. 2 Condizioni di assicurabilità e perfezionamento del contratto di assicurazione 3
2.1 Condizioni di assicurabilità 3
2.2 Perfezionamento del contratto di assicurazione 3
Art. 3 Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie-Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità 4
3.1 Decorrenza delle garanzie 4
3.2 Durata della garanzia 5
3.3 Cessazione delle garanzie 5
3.4 Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità 6
Art. 4 Diritto di revoca della Proposta e di recesso della copertura 6
Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alla copertura assicurativa 6
Art. 6 Esclusioni 7
Art. 7 Beneficiari della Prestazione 7
Art. 8 Premi dell'assicurazione 8
Art. 9 Denuncia dei Sinistri 8
Art. 10 Liquidazione dei sinistri 9
Art. 11 Legge Applicabile 9
Art. 12 Comunicazioni 9
Art. 13 Cessione del contratto 9
Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 10
Art. 15 Lingua in cui è redatto il contratto 10
Art. 16 Conflitti d'interesse 10
Art. 17 Foro competente 10
Art. 18 Reclami 10
Cardif CQS - Vita: Modulo di Proposta Copertura Assicurativa contro il rischio decesso 12

GLOSSARIO

Accordo: accordo sottoscritto tra la Compagnia e il Contraente per la regolamentazione delle condizioni di concessione delle coperture assicurative complessivamente prestate in relazione al Finanziamento.
Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.
Certificato di Polizza: il documento emesso e sottoscritto dalla Compagnia che comprova l'accettazione della Proposta del Contraente da parte della stessa Compagnia.
Conclusione del trattamento attivo della patologia: Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Contraente, Ente Erogatore: la persona giuridica che stipula il Finanziamento con il Debitore e la Polizza con l'Assicuratore.
Data di Decorrenza: la data a partire dalla quale la garanzia assicurativa ha effetto.
Debito Residuo: il valore attuale, al TAN d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento e secondo il piano di ammortamento definito alla stipula dello stesso, delle rate residue di rimborso del Finanziamento di competenza del periodo successivo al verificarsi del rischio assicurato, al netto di ogni altra somma spettante al Debitore e corrisposta dal Datore di Lavoro al Contraente in relazione al rapporto di lavoro ed includente le eventuali rate (o frazioni di rata) di rimborso del Finanziamento insolute, a causa della temporanea interruzione/ riduzione del diritto del Debitore allo stipendio a cui abbia fatto seguito, con o senza soluzione di continuità, la risoluzione del rapporto di lavoro del Debitore medesimo.
Decesso: la morte del Debitore quale che ne sia la causa.
Diritto all'Oblio Oncologico: Il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.
Finanziamento: contratto di prestito, in valuta Euro, sottoscritto tra il Contraente ed il Debitore e da rimborsarsi mediante delegazione di pagamento o cessione di quote dello stipendio del Debitore in favore del Contraente, in relazione al quale lo stesso Contraente stipula la Polizza Vita e la Polizza Danni.
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.
Ivass: Istituto di vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.
Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Modulo di Accettazione: Documento sottoscritto dal Debitore con il quale, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ., acconsente alla stipulazione della Polizza Vita da parte del Contraente per il caso di Decesso dello stesso Debitore e, altresì, rende il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 Aprile 2016 (il "GDPR") e, dove previsto, la dichiarazione di buono stato di salute.
Modulo di Proposta: documento accluso alla Polizza Vita e alla Polizza Danni il cui contenuto viene confermato dal Contraente in occasione della sottoscrizione dell'Accordo e con cui il Contraente rende le dichiarazioni ivi formulate che si intendono rilasciate prima di ogni Proposta e con riferimento ad ogni singola copertura richiesta.
Parti: il Contraente/Assicurato e l'Assicuratore.
Polizza Vita: è il contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio (la cui documentazione contrattuale è parte del Set Informativo Allegato al n. 4.a del presente Accordo), sottoscritto dal Contraente ed in base al quale Cardif Vie concede una copertura per il caso di decesso del Debitore, previo consenso di quest'ultimo

manifestato sul Modulo di Accettazione
Portabilità: il trasferimento del contratto di Finanziamento ad altro soggetto finanziatore ex art 1202 cc.
Premio: costo della copertura assicurativa, cioè la somma che si paga alle Compagnie per avere diritto alle prestazioni previste dalle Polizze.
Proposta: trasmissione informatica, eseguita tramite un tracciato concordato tra le Parti, con la quale il Contraente, in relazione ad un Finanziamento da rimborsarsi mediante disposizione di quote dello stipendio del Debitore, manifesta a ciascuna Compagnia la volontà di concludere le Polizze.
Questionario Medico: modulo contenente una serie di domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Debitore, che l'Assicuratore utilizza per valutare i rischi derivanti dall'accesso in copertura del Debitore medesimo.
Rapporto di Visita Medica: relazione stilata dal medico di fiducia del Debitore (corredata da esami clinici adeguati) contenente le informazioni sanitarie richieste dall'Assicuratore relativamente allo stato di salute del Debitore medesimo.
Set Informativo: documentazione prevista dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 (il "Regolamento 41") da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto, composto dal DIP Vita e DIP Aggiuntivo Vita, oltre alle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e al Modulo di Proposta.
Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Soggetto portatore del rischio: il soggetto su cui ricade il rischio assicurato, coincidente con il Debitore.
Assicurato: la persona giuridica, coincidente con il Contraente, che in relazione al Finanziamento concesso si assicura per il caso di Decesso del Debitore.
Assicuratore, Compagnia: Cardif Assurance Vie - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale in Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano, PEC cardifvie@pec.cardif.it , Capitale Sociale di Euro 719.167.488,00, 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 Cardif.
Debitore: la persona fisica, mera portatrice del rischio assicurato con la Polizza Vita, che stipula con l'Ente Erogatore un Finanziamento e che, ai fini del suo rimborso, dispone di una quota della propria retribuzione mensile in favore dello stesso Ente Erogatore.
Montante: è la somma delle quote di stipendio cedute / delegate dal Debitore a favore del Contraente ad estinzione del Finanziamento.
Polizza Danni: è il contratto di assicurazione (la cui documentazione contrattuale è parte del Set Informativo Allegato al n. 3 del presente Accordo) sottoscritto dal Contraente ed in base al quale Cardif RD concede una copertura assicurativa contro il rischio, meglio precisato nelle condizioni di assicurazione, di perdite patrimoniali derivanti dalla cessazione dell'erogazione, da parte del Datore di Lavoro, di una quota dello stipendio del Debitore a causa della conclusione del relativo rapporto di lavoro (per ragioni diverse dal decesso del Debitore), laddove non sia stato possibile altrimenti continuare l'ammortamento o recuperare il credito residuo del Finanziamento.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Oggetto della copertura

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio, l'assicuratore riconosce al Contraente, alle condizioni di cui all'art. 5, una copertura assicurativa per il caso di Decesso del Debitore, valida in tutti i paesi del mondo.

Art. 2 Condizioni di assicurabilità e perfezionamento del contratto di assicurazione

2.1 *Condizioni di assicurabilità*

L'Assicuratore riconosce al Contraente la copertura assicurativa a condizione che

- ricorrano i requisiti previsti dall'Accordo per la concessione delle coperture;

- siano rispettate tutte le condizioni di assicurabilità previste nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

In particolare è necessario che alla data di sottoscrizione del Modulo di Accettazione, il Debitore:

a) sia residente in Italia;
b) non faccia parte di Liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC – Office of Foreign Assets Control www.treasury.gov);
c) sia maggiore di età;
d) abbia sottoscritto una richiesta di Finanziamento;
e) possa rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalla Compagnia, ovvero compilare il Questionario Medico o fornire il Rapporto di Visita Medica, secondo quanto indicato al successivo art. 2.2 "Perfezionamento del contratto di assicurazione".

È inoltre necessario che il Debitore:

- alla Data di Decorrenza non abbia un'età superiore a 68 anni (69 non compiuti);

- alla data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento non abbia un'età superiore a 75 anni (76 non compiuti).

Può rivestire la qualità di Debitore il lavoratore dipendente:

- statale: inteso come dipendente pubblico in rapporto organico con un Ministero;
- pubblico: inteso come dipendente pubblico in rapporto organico con altre pubbliche amministrazioni diverse dai Ministeri;
- parificato al pubblico: inteso come dipendente di società di diritto privato partecipata, in misura non inferiore al 40%, da enti pubblici;
- privato: inteso come dipendente di soggetti diversi da quelli di cui ai punti che precedono.

2.2 *Perfezionamento del contratto di assicurazione*

Ai fini dell'ottenimento della copertura il Contraente dovrà trasmettere all'Assicuratore la Proposta.

Dovrà inoltre allegare alla Proposta, in formato elettronico tramite il canale di trasmissione specificamente concordato con la Compagnia, i seguenti documenti:

- nel caso in cui la Proposta sia stata preceduta da una richiesta di valutazione in pre-accettazione che ha

avuto esito positivo, copia di tale richiesta e della relativa accettazione;

- il Modulo di Accettazione alla copertura assicurativa insieme alla copia del documento di identità del Debitore in corso di validità e la documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per l'accesso alla copertura assicurativa.

Ai fini della validità del contratto il Contraente deve aver cura che il Debitore esprima il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, facendo sottoscrivere allo stesso il Modulo di Accettazione e raccogliendo copia del suo documento di identità in corso di validità.

In funzione del Montante del Finanziamento concesso, il Contraente dovrà far sì che il Debitore, alternativamente, così come previsto dalla tabella sotto riportata:

- sottoscriva la Dichiarazione di Buono Stato di Salute inserita nel Modulo di Accettazione; oppure,
- compili il Questionario Medico; oppure,
- fornisca il Rapporto di Visita Medica secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.

Montante	Documentazione medica richiesta*
Fino a Euro 90.000,00	Dichiarazione di Buono Stato di Salute / Questionario Medico
Superiore a Euro 90.000,00	Rapporto di Visita Medica (secondo le richieste dell'Assicuratore)

(*) Ai fini della determinazione dell'importo in base al quale valutare le informazioni di carattere sanitario da fornire all'Assicuratore, si dovrà tener conto di tutte le somme finanziate al Debitore, da qualunque ente finanziatore, ed assicurate dall'Assicuratore. Quest'ultimo, in ogni caso, si riserva di chiedere ulteriore documentazione medica.

Si precisa che, nel caso in cui il Debitore ritenga di non poter sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute, potrà provvedere alla compilazione del Questionario Medico. Inoltre, al Debitore che sia tenuto a sottoscrivere, secondo le predette regole assuntive, il Questionario Medico, l'Assicuratore conferisce la facoltà di fornire, in ogni caso, qualora lo preferisca, il Rapporto di Visita Medica secondo le indicazioni fornite dall'Assicuratore.
Le informazioni inerenti lo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora, tra il momento del rilascio e sottoscrizione delle stesse e la Data di Decorrenza, intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute del Debitore, il Contraente, qualora ne venga a conoscenza deve darne sollecita comunicazione all'Assicuratore al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste.
In caso di sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere comunque ulteriore documentazione medica o di rifiutare la copertura nel caso in cui abbia evidenza di dichiarazioni false e mendaci.
Il Modulo di Accettazione ed il relativo documento di riconoscimento e, qualora previsto, il Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica, dovranno essere allegati alla Proposta in formato elettronico tramite il canale di trasmissione specificamente concordato con la Compagnia.
L'Assicuratore si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. Il rifiuto o la conferma di accettazione del rischio verranno comunicati dall'Assicuratore al Contraente.
Le dichiarazioni contenute nella Documentazione Medica sottoscritta dal Debitore sono considerate valevoli ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia purché il Certificato di Polizza venga emesso entro 120 (centoventi) giorni dalla data della predetta sottoscrizione. Qualora tale termine sia superato, il Debitore dovrà ripetere le formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

Art. 3 Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie-Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità

3.1 Decorrenza delle garanzie

La Polizza si intende conclusa nel momento in cui il Contraente, a seguito della trasmissione all'Assicuratore della Proposta, riceve il Certificato di Polizza, o altra comunicazione scritta di accettazione della Proposta, proveniente dall'Assicuratore. La conclusione della Polizza è altresì subordinata alla conclusione della Polizza Danni e, inoltre, alla sottoscrizione, da parte del Debitore, del Modulo di Accettazione.

La Data di decorrenza è fissata alle ore 24.00 della data di inizio del piano di ammortamento del Finanziamento, indicata sul Certificato di Polizza. Si considera, in ogni caso, che la garanzia estenda la sua efficacia al periodo precedente la Data di Decorrenza fino ad un massimo di 60 (sessanta) giorni.

3.2 *Durata della garanzia*

La durata della garanzia prevista dalla Polizza è pari al periodo di tempo intercorrente tra la Data di Decorrenza e la data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento, oltre all'estensione dell'efficacia della garanzia come previsto dall'art 3.1 secondo comma.
La durata della garanzia originaria non potrà, comunque, superare i 120 (centoventi) mesi.
In caso di ritardato addebito della prima rata del Finanziamento e, per questo, di slittamento in avanti della data di inizio del piano di ammortamento rispetto a quanto indicato sul Certificato di Polizza, ferma la Data di Decorrenza, la copertura assicurativa potrà superare la scadenza originariamente determinata per un massimo di 60 (sessanta) giorni. Ciò, anche nel caso in cui (i) la durata complessiva della copertura sia superiore a 120 (centoventi) mesi; (ii) il Debitore, nel periodo di estensione della validità della copertura, abbia superato i limiti di età di cui all'art. 2.1. stabiliti in relazione al momento di pagamento dell'ultima rata del piano di rimborso del Finanziamento.
In caso di temporanea interruzione del diritto del Debitore allo stipendio o di riduzione della quota ceduta di quest'ultimo, la copertura assicurativa potrà superare la scadenza originaria determinata per un massimo di 300 (trecento) giorni al fine di assicurare le rate o frazioni di rate insolute.
Nel caso in cui, ai sensi di quanto previsto all'art. 9.e) e 9.c) della Polizza Danni, il Contraente e il Debitore abbiano concordato un piano di rientro ovvero rinotificato il Finanziamento al nuovo Datore di Lavoro, ai fini della prosecuzione del rimborso del Finanziamento ed il termine del nuovo piano / rinotifica ecceda la scadenza originariamente determinata della garanzia, la copertura assicurativa avrà una durata corrispondente alla durata del piano di rientro.

3.3 *Cessazione delle garanzie*

La copertura assicurativa ha termine:

- alla data di scadenza riportata sul Certificato di Polizza salvo il superamento di tale scadenza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3.2;
- il giorno del compimento di 76 anni, salvo il superamento di tale scadenza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3.2;
- in caso di recesso esercitato nei termini previsti dall'art. 4 con effetto dalla data ivi indicata;
- alla data di cessazione, per qualsiasi causa, della Polizza Danni;
- alla data di estinzione anticipata del Finanziamento o di trasferimento da parte del Debitore;
- se il Debitore risulta incluso nelle "Liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali" (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov) – anche "Liste di Restrizione", a far tempo dalla data di inserimento nelle suddette "Liste di Restrizione".

La Polizza si risolve dalla Data di Decorrenza o dal termine precedente nell'ipotesi di cui all'art. 3.1 comma 2, altresì in caso di:

- mancato pagamento del Premio entro 100 (cento) giorni dalla Data di Decorrenza;
- inesistenza o nullità del contratto di Finanziamento con effetto dalla data di emissione;
- mancata erogazione del Finanziamento entro 100 (cento) giorni dalla Data di Decorrenza;
- falsificazione dei documenti previsti per l'attivazione della copertura assicurativa;

La Polizza si risolve infine in caso di recesso dal Finanziamento da parte del Debitore nei tempi previsti dalla legge e/o dal contratto di Finanziamento. In questo caso, le coperture assicurative cessano di avere effetto dalle ore 24.00 del giorno di recesso del Debitore e la Compagnia restituisce al Contraente il Premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data. La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto come quantificate nel DIP Aggiuntivo Vita.

3.4 *Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità*

In caso di estinzione anticipata integrale del Finanziamento o di Portabilità, la Compagnia restituirà al Contraente la parte di premio non goduto secondo la formula di seguito indicata:

$$PR = \{ [PT \times \beta + Diritti] \times \frac{D-t}{D} \} + [PT \times (1 - \beta) \times \frac{(D-t+1)x(D-t)}{Dx(D+1)}] - \varepsilon - \varphi$$

Dove:

- PT → il premio pagato dal Contraente al netto delle imposte e dei diritti
- PR → premio rimborsato al Contraente
- D → durata iniziale della copertura assicurativa
- t → tempo trascorso alla data di richiesta di rimborso
- β → percentuale costi della Compagnia
- ε → costi di estinzione in € 0
- φ → costi di emissione in € 60

Si precisa che in caso di estinzione del Finanziamento derivante dalla liquidazione del Sinistro da parte di una delle Compagnie nessuna Compagnia sarà tenuta a restituire alcuna parte di premio non goduto.

Art. 4 Diritto di revoca della Proposta e di recesso della copertura

Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del contratto di assicurazione, mediante dichiarazione di revoca da comunicare all'Assicuratore in forma scritta (a mezzo e-mail) ovvero tramite gli appositi flussi informatici concordati, con indicazione degli elementi idonei ad identificare la Proposta a cui la dichiarazione di revoca si riferisce. La dichiarazione di revoca trasmessa all'Assicuratore prima della conoscenza dell'accettazione di quest'ultimo impedisce la conclusione della Polizza.
Dopo la conclusione della Polizza è comunque facoltà del Contraente che non abbia ancora pagato il Premio di richiedere l'annullamento della stessa Polizza entro 100 (cento) giorni dalla Data di Decorrenza.
Il Contraente può recedere dalla Polizza **entro 30 giorni dalla Data di pagamento del Premio**, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Cardif Assurance Vie –Back Office Protezione - Ufficio Cessione del Quinto, Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano, ovvero via email all'indirizzo incassopremicq@cardif.com.
Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno dell'invio della comunicazione, e la restituzione al Contraente del Premio versato al netto delle imposte e della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, nel termine dei 30 (trenta) giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.
L'esercizio del diritto di recesso dalla presente Polizza implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Danni, costituendo la Polizza Vita e la Polizza Danni un unico ed inscindibile pacchetto assicurativo.
La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto come quantificate nel DIP Aggiuntivo Vita.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alla copertura assicurativa

La copertura assicurativa viene prestata alle condizioni di seguito specificate:

(I) Rischio assicurato
Il rischio coperto dall'assicurazione è il Decesso del Debitore qualunque possa esserne la causa, fatta salva l'applicazione delle esclusioni di cui all'art. 6.

(II) Prestazione assicurativa
L'Assicuratore liquida una somma corrispondente al Debito Residuo.

Art. 6 Esclusioni

La copertura assicurativa è esclusa nei seguenti casi:

a) dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
b) il suicidio del Debitore, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione;
c) Infortuni già verificatisi o Malattie noti e non dichiarati già in essere alla data di sottoscrizione del Modulo di Accettazione o data riportata sul Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica e loro seguiti, conseguenze e postumi;
d) partecipazione attiva del Debitore a delitti dolosi;
e) Sinistri relativi a coperture assicurative che siano state accettate erroneamente in fase di assunzione a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente;
f) Sinistri le cui cause di non indennizzabilità non siano state rilevate dalla Compagnia a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente;

Ove operi un'ipotesi di esclusione il Beneficiario non avrà alcun diritto alla Prestazione

Art. 7 Beneficiari della Prestazione

Beneficiario della Prestazione è il Contraente o la persona giuridica, eventualmente indicata dal Contraente, che ha messo a disposizione le somme finanziate.

Fermo quanto sopra, il Contraente potrà designare nuovi beneficiari della Polizza Vita esclusivamente nei termini ed alle condizioni di seguito riportate:

- nei soli casi di cartolarizzazione o cessione del credito del Finanziamento in relazione al quale è stata sottoscritta la copertura e, inoltre,
- solo in favore del cessionario del credito del Finanziamento affinché quest'ultimo ne divenga nuovo Beneficiario, e, inoltre,
- solo insieme all'attribuzione al cessionario del credito del Finanziamento anche del vincolo sulla Polizza Danni e, comunque,
- a condizione che la Compagnia abbia autorizzato per iscritto l'operazione.

Si precisa che l'autorizzazione della Compagnia dovrà essere richiesta preventivamente, per iscritto, almeno n. 30 giorni prima della data prevista per l'operazione. La richiesta dovrà essere corredata di tutte le informazioni sul cessionario (o, in caso di cartolarizzazione di cui alla Legge n. 130/1999, sulla società emittente i titoli se differente dalla società cessionaria) restando inteso che l'assenza di idonee informazioni ad effettuare, puntualmente e con diligenza, le analisi di seguito previste sarà considerata come non idonea e rifiutata dalla Compagnia.

La Compagnia potrà rifiutare l'autorizzazione solo con ragionevole motivo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, in caso di 1) notizie pregiudizievoli, note e/o notorie, sul cessionario; 2) presenza del cessionario in liste a contrasto del finanziamento del terrorismo internazionale e/o sottoposto a sanzioni finanziarie internazionali (ad es. Stati Uniti e/o Europa) e/o nazionali ovvero con un profilo di rischio conseguente alle valutazioni e analisi della Compagnia che non sia ritenuto adeguato; 3) cessionario con operatività, nota o notoria, con Paesi sotto embargo finanziario ovvero con controparti site e/o residenti e/o provenienti da Paesi sotto embargo e/o con gravi carenze antiriciclaggio in conformità alle apposite liste come tempo per

tempo aggiornate, ovvero con assenza di procedure e/o policies adeguate al rispetto di tali adempimenti.

La richiesta di autorizzazione sarà riscontrata entro 20 giorni dalla Compagnia. La richiesta di autorizzazione non riscontrata dalla Compagnia nel termine di 20 giorni dovrà intendersi accettata.

Fermo il rispetto di quanto sopra, la designazione del nuovo beneficiario della Polizza dovrà essere specificamente comunicata dal Contraente alla Compagnia. Resta inteso che il Contraente rinuncia sin d'ora espressamente nei confronti della Compagnia al proprio diritto a revocare la designazione del nuovo beneficiario.

In ogni caso, il Contraente dovrà, in ogni forma che sia a ciò congeniale, garantire che la designazione del nuovo Beneficiario non aggravi la gestione della Polizza e dei Sinistri da parte della Compagnia, restando in ogni caso lo stesso Contraente principale interlocutore della Compagnia.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il Premio è unico e anticipato. Esso si ottiene moltiplicando il Montante per il tasso individuato in base ai documenti allegati all'Accordo, di seguito specificamente indicati. Detto tasso viene individuato in base a parametri riferibili al Debitore alla Data di Decorrenza della Polizza.
L'ammontare totale del Premio unico è indicato sul Certificato di Polizza.
I Premi dovranno essere versati dal Contraente entro il giorno 10 (dieci) del mese successivo a quello di erogazione del Finanziamento, in base ai tabulati testa per testa forniti dalla Compagnia il primo giorno lavorativo di ogni mese.
Le tariffe sono distinte in base alla durata del Finanziamento e all'età del Debitore alla Data di Decorrenza.
Di seguito il dettaglio delle Tariffe:

CATEGORIA	TARIFFA POLIZZA VITA (TIPO FINANZIAMENTO CESSIONE E DELEGA)	CORRISPONDENTE TARIFFA POLIZZA DANNI (TIPO FINANZIAMENTO CESSIONE)	CORRISPONDENTE TARIFFA POLIZZA DANNI (TIPO FINANZIAMENTO DELEGA)
STATALE PUNTUALE	Allegato 9.a Tariffe Vita Statale	Allegato 10.a Tariffe Cessione Statale	Allegato 11.a Tariffa Delega Statale
PUBBLICA PUNTUALE	Allegato 9.b Tariffe Vita Pubblica	Allegato 10.b Tariffe Cessione Pubblica	Allegato 11.b Tariffe Delega Pubblica
PARAPUBBLICA PUNTUALE	Allegato 9.c Tariffe Vita Parificata a Pubblica	Allegato 10.c Tariffe Cessione Parificata a Pubblica	Allegato 11.c Tariffe Delega Parificata a Pubblica
PRIVATA PUNTUALE	Allegato 9.d Tariffe Vita Privata	Allegato 10.d Tariffe Cessione Privata	Allegato 11.d Tariffe Delega Privata

Ciascuna tariffa Vita è utilizzabile unicamente in abbinamento alla tariffa Ramo Danni corrispondente della stessa categoria. Al premio unico calcolato con le tariffe Puntuali occorre aggiungere diritti pari a euro 60,00.

Art. 9 Denuncia dei Sinistri

Tutte le comunicazioni inerenti i Sinitri dovranno pervenire per iscritto alla Compagnia al seguente recapito: Cardif – Back Office Protezione - Ufficio Cessione del Quinto – Casella Postale 421 – 20123 Milano o tramite PEC: sinistricq@pec.cardif.it
Ai fini della maturazione del diritto all'Indennizzo, ferme le condizioni di Polizza, il Contrante, a propria cura e spese, dovrà attivarsi tempestivamente:

1. consegnare all'Assicuratore la seguente documentazione (salvo integrazioni richieste e motivate dall'Assicuratore):

a) il Certificato di morte del Debitore

b) il conto estintivo del Finanziamento alla data del Sinistro;
c) la copia integrale del Finanziamento (qualora richiesta della Compagnia, corredato della notifica eseguita, ai sensi di legge, al Datore di Lavoro ed all'eventuale Fondo Pensione);
d) qualora richiesto dalla Compagnia documentazione relativa all'erogazione del Finanziamento (a titolo di esempio, copia contabile bonifico bancario, copia assegno emesso a favore del Debitore);
e) ogni documento di carattere sanitario relativo al Debitore, eventualmente pervenuto o in possesso dello stesso Contraente.

2. in caso di sinistro verificatosi entro i primi 24 mesi dalla data di decorrenza porre in atto tempestivamente le azioni necessarie per reperire un documento che attesti chiaramente e formalmente le cause del Decesso del Debitore (a titolo esemplificativo, il Modulo ISTAT, una relazione del medico curante, la cartella clinica ecc...) e documentare all'Assicuratore tale tempestiva attivazione.

Per le finalità di cui al precedente punto 2, il Contraente dovrà:

i) inviare agli eredi/aventi diritto una raccomandata con ricevuta di ritorno o lettera a mezzo posta prioritaria nella quale viene richiesta:

- la compilazione e restituzione, direttamente all'Assicuratore, del modulo "Relazione medico curante" (fornito dall'Assicuratore), da allegarsi alla raccomandata;
- l'invio all'Assicuratore di un documento che attesti chiaramente e formalmente le cause del Decesso del Debitore (a titolo esemplificativo, il Modulo ISTAT, una relazione del medico curante, la cartella clinica ecc...).

ii) trasmettere all'Assicuratore, per posta ordinaria o in via informatica, copia della raccomandata o lettera a mezzo posta prioritaria inviata ai sensi del precedente pt. i) e della relativa ricevuta di ritorno.

Art. 10 Liquidazione dei sinistri

La Compagnia provvede alla liquidazione del Sinistro entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa di cui all'art.9.

Art. 11 Legge Applicabile

La legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

Art. 12 Comunicazioni

Salvo laddove diversamente specificato, ogni comunicazione alla Compagnia dovrà essere data per iscritto al seguente recapito:
Cardif – Back Office Protezione – Ufficio Cessione del Quinto
Casella Postale 550
20123 Milano
Agli stessi fini, il recapito del Contraente, salvo laddove diversamente specificato, è quello indicato nell'Accordo.

Art. 13 Cessione del contratto

Il Contraente potrà cedere a terzi il contratto esclusivamente nei termini ed alle condizioni di seguito riportate:

- nei soli casi di cartolarizzazione o cessione del credito del Finanziamento in relazione al quale è stata sottoscritta la copertura e, inoltre,
- solo al cessionario del credito del Finanziamento affinché quest'ultimo ne divenga nuovo Contraente,

e, inoltre,
- solo insieme alla cessione anche della Polizza Danni al cessionario del credito del Finanziamento e, comunque,
- a condizione che la Compagnia abbia autorizzato per iscritto l'operazione.

Si precisa che l'autorizzazione della Compagnia dovrà essere richiesta preventivamente, per iscritto, almeno n. 30 giorni prima della data prevista per l'operazione. La richiesta dovrà essere corredata di tutte le informazioni sul cessionario (o, in caso di cartolarizzazione di cui alla Legge n. 130/1999, sulla società emittente i titoli se differente dalla società cessionaria) restando inteso che l'assenza di idonee informazioni ad effettuare, puntualmente e con diligenza, le analisi di seguito previste sarà considerata come non idonea e rifiutata dalla Compagnia.

La Compagnia potrà rifiutare l'autorizzazione solo con ragionevole motivo, a titolo esemplificativo e non esaustivo, in caso di 1) notizie pregiudizievoli, note e/o notorie, sul cessionario; 2) presenza del cessionario in liste a contrasto del finanziamento del terrorismo internazionale e/o sottoposto a sanzioni finanziarie internazionali (ad es. Stati Uniti e/o Europa) e/o nazionali ovvero con un profilo di rischio conseguente alle valutazioni e analisi della Compagnia che non sia ritenuto adeguato; 3) cessionario con operatività, nota o notoria, con Paesi sotto embargo finanziario ovvero con controparti site e/o residenti e/o provenienti da Paesi sotto embargo e/o con gravi carenze antiriciclaggio in conformità alle apposite liste come tempo per tempo aggiornate, ovvero con assenza di procedure e/o policies adeguate al rispetto di tali adempimenti.
La richiesta di autorizzazione sarà riscontrata entro 20 giorni dalla Compagnia. La richiesta di autorizzazione non riscontrata dalla Compagnia nel termine di 20 giorni dovrà intendersi accettata.
Fermo il rispetto di quanto sopra, ai fini della cessione del contratto occorrerà la sottoscrizione di apposita appendice di polizza da parte del contraente originario, del nuovo contraente e della Compagnia.
Nel caso la cessione del contratto abbia luogo, il contraente originario potrà comunicare alla Compagnia il titolo in base al quale, eventualmente, richiede di voler restare principale interlocutore della Compagnia in relazione alla gestione della Polizza e dei Sinistri.

Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o del Debitore se 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 Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione del Contraente sulle informazioni inerenti allo stato di salute del Debitore, che devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 15 Lingua in cui è redatto il contratto

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, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

Art. 16 Conflitti d'interesse

Non vi sono situazioni di conflitto d'interesse.

Art. 17 Foro competente

Per qualsiasi controversia sorta fra la Compagnia e il Contraente derivante dall'applicazione od interpretazione della Polizza sarà competente in via esclusiva il Foro di Milano.

Art. 18 Reclami

Reclami alla Compagnia

Il reclamo che riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri) deve essere inviato per iscritto, a mezzo posta, e-mail o fax, all'Ufficio Reclami di Cardif Assurance Vie ai seguenti recapiti:

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

La Compagnia si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

Reclami all'IVASS

Il reclamo che riguarda l'accertamento del rispetto della normativa di settore deve essere inviato, a mezzo posta, PEC o fax, direttamente all'IVASS ai seguenti recapiti:

> IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21
00187 Roma
> ivass@pec.ivass.it
> fax 06.42133206

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il nome, cognome / ragione sociale e indirizzo del Reclamante
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali si 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) o, alternativamente, all'Arbitro Assicurativo (DM n. 215/2024).

L'autorità di vigilanza del Paese delle Compagnia che ha sede in Francia è ACPR (Autorité de Côntrole Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito https://acpr.banque-france.fr/en/particuliers/vos-moyens-daction/how-submit-complaint

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.

Cardif CQS - Vita: Modulo di Proposta

Copertura Assicurativa contro il rischio decesso

CONTRAENTE/ASSICURANDO: Si rinvia ai dati indicati nell'Accordo.

ASSICURAZIONE: il premio dovuto dal Contraente, in relazione alla copertura assicurativa per la durata convenuta, è calcolato secondo i criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione.
Le spese di emissione del contratto sono pari a Euro 60,00.

Il Contraente/Assicurando DICHIARA:

- di aver ricevuto, sul supporto prescelto, il Set Informativo relativo alla copertura assicurativa contro il rischio Decesso, contenente il DIP Vita e Dip Aggiuntivo, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e il Modulo di Proposta, oltre ad un documento conforme al Modello Unico Precontrattuale di cui all'Allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e integrazioni.
- di trasmettere con i canali informatici e i tracciati concordati con la Compagnia, i dati relativi al Debitore (soggetto portatore del rischio), al Finanziamento, al Beneficiario e alle altre circostanze rilevanti per la valutazione del rischio da parte della Compagnia e di richiedere con la suddetta trasmissione, l'accesso alla copertura assicurativa.

Il Contraente, con la specifica sottoscrizione riportata in calce all'Accordo approva specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le Condizioni di Assicurazione contenute nel Set Informativo e, in particolare, gli artt. 2.2 "Perfezionamento del contratto di assicurazione", 6 "Esclusioni", 7 "Beneficiari della Prestazione", 9 "Denuncia dei Sinistri", 10 "Liquidazione Sinistri", 13 "Cessione del Contratto", 17 "Foro competente".

Si richiama l'attenzione del Contraente sulle seguenti avvertenze relative alle dichiarazioni dello stato di salute del Debitore: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni , siano esse rese tramite la compilazione del questionario medico o in qualunque altra forma c) le dichiarazioni del Debitore devono sempre essere precedute da informativa sul trattamento dei dati personali e dalla raccolta del relativo consenso.