

# CPI MUTUI BUSINESS

(Polizza Collettiva n. 4789 stipulata da Banca Popolare Pugliese S.C.p.A. – Contraente - ad adesione facoltativa)

Per facoltativa si intende che l'Adesione alla presente Polizza Collettiva non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare Pugliese S.C.p.A. per ottenere dalla stessa un mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.

**Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE relativo alla Polizza Collettiva “CPI Mutui Business” n. 4789, composto da:**

- **DIP DANNI**
- **DIP VITA**
- **DIP MULTIRISCHI**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprehensive di Glossario)**
- **RICHIESTA DI ADESIONE (facsimile)**

**Ed inoltre:**

- **Nota informativa Privacy**



**Edizione 04/2021**

**AXA FRANCE VIE**, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it). L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

**DIP DANNI**



## Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

### CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È una Polizza Collettiva stipulata da BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A. (**Contraente**) per conto dei propri clienti mutuatari, che in qualità di **Imprese Aderenti** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi impreveduti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio che prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Vita e nel DIP Multirischi).



### Che cosa è assicurato?

**Garanzia attivabile dalle persone fisiche che ricoprono all'interno dell'Impresa Aderente, sottoscrittrice del Contratto di Mutuo, uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente.**

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.



### Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non sia residente in Italia;
- ✗ chi non ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente.
- ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 69 anni compiuti;

**Inoltre:**

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.



### Ci sono limiti di copertura?

**Principali esclusioni per la garanzia Invalidità Totale Permanente:**

- ! Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! Infortuni causati all'Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- ! Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro;
- ! Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- ! Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- ! Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- ! infortuni causati da HIV o AIDS.



### Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi la Richiesta di Adesione, devi compilare il questionario medico semplificato e, se previsto, il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



## Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per il caso di Mutui già erogati, potrai optare per il pagamento di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Mutuo.

I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario o altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo SEPA (SDD) o flusso di addebito telematico su c/c.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del finanziamento per i Mutui di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione per i Mutui già erogati.

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del Mutuo (variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 366 mesi).



## Come posso disdire la polizza?

- Hai il diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza (diritto di ripensamento). In caso di premio unico anticipato, hai diritto di recedere annualmente e con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità. L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia (anche per il tramite del Broker o della Contraente) provvederà alla restituzione del premio versato (al netto delle imposte), oppure – in caso di recesso annuale – provvederà alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).
- In caso di premio annuale, hai la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza annuale. In tal caso, tutte le garanzie assicurative cessano alle ore 24:00 della successiva scadenza annuale.

**DIP VITA**

# Assicurazione PPI vita

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

(DIP Vita)

Impresa: AXA France VIE

Prodotto: CPI Mutui Business

Versione 01/04/2021



Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile




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

## CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

E' una Polizza Collettiva stipulata da BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A. **Contraente** per conto dei propri clienti mutuatari, che in qualità di **Imprese Aderenti** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Mutuo. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di una garanzia di ramo danni (le cui caratteristiche sono contenute del DIP Danni e nel DIP Multirischi).

	Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?		Che cosa NON è assicurato?
	<p><b>Garanzia attivabile dalle persone fisiche che ricoprono all'interno dell'Impresa Aderente, sottoscrittrice del Contratto di Mutuo, uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente.</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.</p>		<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ chi non sia residente in Italia;</li><li>✗ chi non ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente;</li><li>✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 69 anni compiuti.</li></ul> <p><b>Inoltre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.</li></ul> <p><b>Ci sono limiti di copertura?</b></p> <p><b>Principali esclusioni per la garanzia Decesso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>! Dolo dell'Assicurato ovvero della Contraente o del Beneficiario;</li><li>! 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;</li><li>! Suicidio per i 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.</li></ul>

	Dove vale la copertura?
	✓ La copertura vale in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi la Richiesta di Adesione, devi compilare il questionario medico semplificato, e se richiesto, il questionario anamnestico rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



## Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per il caso di Mutui già erogati, potrai optare per il pagamento di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Mutuo.

I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario o altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo SEPA (SDD) o flusso di addebito telematico su c/c.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del finanziamento, per i Mutui di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione per i Mutui già erogati.

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del mutuo (variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 366 mesi).



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

- Hai diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza (diritto di ripensamento). L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia (anche per il tramite del Broker o della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).
- In caso di premio annuale, hai la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza annuale. In tal caso, tutte le garanzie assicurative cessano alle ore 24:00 della successiva scadenza annuale.



## Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- il Contratto NON prevede la sospensione del pagamento dei Premi.
- Il Contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

**DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**



# Assicurazione PPI vita e danni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi  
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Impresa: AXA France VIE  
Prodotto: CPI MUTUI BUSINESS

Versione 01/04/2021  
Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare l'Impresa Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Impresa Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

## RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente)

**AXA FRANCE VIE**, impresa assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it).

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 9.384 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 8.896,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2019).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 160% e 356%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

### Ramo vita

- **Decesso:** l'importo massimo liquidabile è pari ad €1.000.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del Debito Residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.)

### Ramo danni

- **Invalidità Totale Permanente di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia:** l'importo massimo liquidabile è pari ad €1.000.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del Debito Residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate o quote di rate insolute).



## Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita



## Ci sono limiti di copertura?

### Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- Infortuni di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

### Rami Danni

Esclusioni garanzie **Invalità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- Infortuni causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
  - dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
  - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
  - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
  - HIV o AIDS.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro

**Denuncia di sinistro:** I sinistri vanno denunciati all'Impresa AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S. nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta** (anche raccomandata): AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S., "Ufficio Sinistri", Viale Lancetti 43 - 20158 Milano (MI)

- **via e-mail:** [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu), **via Fax:** 02.68826940

- **via PEC:** [cbpitaliasinistri@actalis-certymail.it](mailto:cbpitaliasinistri@actalis-certymail.it)  
allegando la seguente documentazione (in copia):

#### **DECESSO:**

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.

#### **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:**

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario

	<p>Anamnestico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;</li> <li>- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;</li> <li>- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;</li> <li>- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.</li> </ul>
	<p><b>Prescrizione garanzia VITA:</b> 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p>
	<p><b>Prescrizione garanzie DANNI:</b> 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
	<p><b>Liquidazione delle prestazioni:</b> L'Impresa liquida le prestazioni previste dal Contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Se l'Impresa, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal Contratto.</p>



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.
<b>Rimborso</b>	Hai diritto al rimborso del premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 60 giorni dalla Data di Decorrenza.
<b>Sconti</b>	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data di Scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Mutuo, come definito alla Data di Decorrenza;</li> <li>• estinzione anticipata totale o trasferimento del Mutuo laddove l'Impresa Aderente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del Contratto;</li> <li>• liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Totale e Permanente;</li> <li>• perdita, da parte dell'Assicurato inizialmente designato nella Richiesta di Adesione, di uno dei requisiti di cui all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione;</li> <li>• compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età se precedente alla Data di scadenza;</li> <li>• scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Impresa Aderente per adesioni con durata annuale con tacito rinnovo.</li> </ul> <p>In caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati.</p>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.



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

<b>Revoca</b>	La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.
<b>Recesso</b>	<i>In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.</i>
<b>Risoluzione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti persone giuridiche della banca che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (Mutuo) con la stessa e che intendano designare quale Assicurato soggetti (persone fisiche che ricoprono, all'interno dell'Impresa Aderente, uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente) che hanno un'età compresa tra 18 e i 69 anni non compiuti al momento dell'Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.



## Quali costi devo sostenere?

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 60,50% del Premio unico anticipato o Premio annuale al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 77,69% del costo stesso.



## Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.
<b>Richiesta di Informazioni</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>E' possibile presentare i reclami all'Impresa scrivendo ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Posta cartacea</b> (anche raccomandata a.r.): AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI</li> <li>• Posta elettronica: <a href="mailto:reclami@cbp-italia.eu">reclami@cbp-italia.eu</a></li> <li>• Posta elettronica certificata: <a href="mailto:cbpitalia@pec.actalis.it">cbpitalia@pec.actalis.it</a></li> <li>• <b>Fax:</b> 02.68826940</li> </ul> <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p> <p>In alternativa, puoi presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: <a href="https://www.mediation-assurance.org">https://www.mediation-assurance.org</a>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti.</li> <li>• Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</li> </ul>

## REGIME FISCALE

### Trattamento fiscale applicabile al contratto

- La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.
- Nel caso in cui l'Aderente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. E' consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E/O IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

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

# **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

**Assicurato:** Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Coincide con la persona fisica designata dall'Impresa Aderente che, in possesso dei requisiti di assicurabilità, ha prestato il suo consenso all'Adesione alla Polizza Collettiva ai sensi dell'art. 1919 c.c.

**Adesione:** Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Impresa Aderente e dall'Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).

**Beneficiario:** Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.

**Broker:** CBP Italia S.A.S, il quale opera su mandato della Contraente.

**Capitale Assicurato:** Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata del Contratto. E' pari al debito residuo, ovvero alla quota del debito residuo, in linea capitale del Mutuo stipulato dall'Impresa Aderente con la Contraente e collegato alla Polizza, calcolato alla data del Sinistro ipotizzando il regolare rimborso dello stesso. L'importo corrisposto, pertanto, sarà al netto delle rate o quote di rate insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati.

**Compagnia:** AXA France Vie.

**Conclusione dell'Adesione al Contratto:** L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che:

- sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, il Questionario Anamnestico (compilato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia) e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, con contestuale accettazione del rischio da parte della Compagnia e,
- sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale previsto.

L'Adesione avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione. Relativamente alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico Semplificato, nel caso in cui l'assicurando non ritenga di poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Anamnestico.

**Condizioni di Assicurazione:** Insieme delle clausole di base che regolano il Contratto e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio, la Data di Decorrenza, la Durata Contrattuale.

**Contraente:** BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A.

**Contratto (o Polizza):** Contratto attraverso il quale l'Assicurato trasferisce alla Compagnia un rischio al quale egli è esposto.

**Costi (o spese):** Oneri a carico dell'Impresa Aderente e gravanti sul Premio.

**Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione:** Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti:

- a) per i Mutui di nuova erogazione, a condizione che il Mutuo sia stato effettivamente erogato, anche parzialmente, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del finanziamento. Nel caso in cui la data di firma presente sulla Richiesta di Adesione non coincida con la data di erogazione del finanziamento si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;
- b) per i Mutui già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nella Richiesta di Adesione.

## GLOSSARIO

---

**Data di Scadenza:** Data prevista come termine di efficacia delle coperture assicurative relative a ciascuna applicazione al Contratto ed a partire dalla quale cessano gli effetti dello stesso.

**Decesso:** La morte dell'Assicurato.

**Diritti (propri) del Beneficiario:** Diritto del Beneficiario alle prestazioni dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Impresa Aderente.

**Durata Contrattuale:** Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso o dall'Invalidità Totale e Permanente.

**Esclusioni:** Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.

**Impresa Aderente:** Soggetto che ha stipulato il contratto di Mutuo con la Contraente e che aderisce alla presente polizza e paga il Premio.

**Indennizzo, Indennità o Liquidazione:** Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.

**Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell'assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale e Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia:** La perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

**Limite di Indennizzo:** Limite dell'esposizione finanziaria dell'assicuratore al di là del quale le conseguenze economiche del sinistro restano a carico dell'Assicurato.

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

**Mutuo:** Finanziamento garantito o meno da ipoteca concesso dalla Contraente. Tra i Mutui concessi dalla Contraente, figurano i c.d. chirografari, ipotecari, edilizio, c.d. "liquidità", "Mutui SAL", "Agrario" e i "Preammortamenti del Mutuo", a capitale decrescente secondo la legge di ammortamento del Mutuo.

**Polizza Collettiva:** Contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più Assicurati.

**Premio:** Importo, comprensivo di imposte, che l'Impresa Aderente deve corrispondere alla sottoscrizione del Contratto per le garanzie assicurative prestate.



**Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico:** Documento che l'Assicurato deve compilare prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

**Rata del Mutuo:** Importo mensile di rimborso del Mutuo al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di diverso frazionamento delle rate del Mutuo, il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi.

**Recesso:** Diritto di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi dall'Impresa Aderente alla Compagnia entro 60 giorni dal Perfezionamento del Contratto.

**Richiesta di Adesione:** Modulo sottoscritto dall'Impresa Aderente, in qualità di aderente, con il quale: a) conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e b) manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto.

**Set Informativo:** Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: DIP base danni; DIP base vita; DIP aggiuntivo multirischi; Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario; Fac-simile della Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Medico Semplificato e Questionario Anamnestico.

**Sinistro:** Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa.

## 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia, alle condizioni di seguito indicate, garantisce le Imprese Aderenti contro i rischi di:

Durata	Coperture assicurative	
	A) Decesso	B) Invalidità Totale e Permanente
Pari alla durata/durata residua del Mutuo	Si	Si

### A) Decesso per qualunque causa (garanzia di ramo vita)

1. **Assicurati garantiti:** persona fisica che soddisfa i requisiti di cui all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

2. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.

A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

3. **Franchigia e carenza:** non previste.

4. **Prestazione assicurativa:** Fermi i limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di Indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario una somma pari al debito residuo, ovvero alla quota del debito residuo in caso di Capitale Assicurato inferiore all'importo erogato, in linea capitale, risultante alla data del Sinistro del contratto di Mutuo, stipulato dall'Impresa Aderente con la Contraente a cui è correlata l'Adesione al Contratto (il cui importo inizialmente assicurato è indicato sulla Richiesta di Adesione) calcolato ipotizzando il regolare rimborso dello stesso. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate insolte o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato.

### B) Invalidità Totale Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia di ramo danni)

1. **Assicurati garantiti:**

persona fisica che soddisfa i requisiti di cui all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

2. **Rischio assicurato:** Invalidità Totale e Permanente, **di grado uguale o superiore al 60%**, a seguito di Infortunio o Malattia.

A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

3. **Franchigia e carenza:** non previste.

4. **Prestazione assicurativa:** una volta accertato dal punto di vista medico lo stato ed il grado di Invalidità Permanente, la Compagnia liquida al Beneficiario, fermi i limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di Indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, una somma pari al debito residuo in linea capitale, ovvero alla quota del debito residuo in caso di Capitale Assicurato inferiore all'importo erogato, risultante alla data del Sinistro del contratto di Mutuo, stipulato dall'Impresa Aderente con la Contraente a cui è correlata l'Adesione al Contratto (il cui importo inizialmente assicurato è indicato sulla Richiesta di Adesione) calcolato ipotizzando il regolare rimborso dello stesso. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate insolte o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale), applicando la più favorevole percentuale, ove prevista per le parti destre rispetto a quelle sinistre, in caso di conclamato mancinismo. Nei casi di Invalidità Totale e Permanente non previsti dalla norma sopra citata, la valutazione terrà conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

La copertura relativa al rischio Decesso è esclusa nei seguenti casi:

- a) Dolo dell'Assicurato ovvero della Contraente o 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 e per atti compiuti per dovere di solidarietà umana; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) Infortuni di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) Suicidio per i 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- e) Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- f) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

La copertura relativa al rischio Invalidità Totale Permanente è esclusa nei seguenti casi:

- a) Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- b) Infortuni causati all'Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) Infortuni occorsi alla guida di veicoli a motore e dovuti ad un tasso alcolemico dell'Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- d) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- f) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- h) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- i) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio ed attinente alla garanzia Invalidità Totale Permanente avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- j) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di invalidità totale;
- k) Infortuni causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
  - dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
  - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
  - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio a partire dal 3° grado della Scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;

- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;

**l) HIV o AIDS.**

---

### **3 – LIMITI DI INDENNIZZO**

---

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è pari a Euro 1.000.000,00 limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

---

### **4– DURATA DELLA COPERTURA – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE**

---

**Art. 4.1 Data di Decorrenza delle garanzie**

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 dalla Data di Decorrenza.

**Art. 4.2 Durata delle garanzie**

La durata delle garanzie previste dalla Polizza è variabile tra un minimo di 6 mesi e un massimo di 366 mesi.

In caso di Mutuo già erogato, la durata residua non potrà essere inferiore a 60 mesi.

**Art. 4.3 Cessazione delle garanzie**

Le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- a) data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Mutuo, come definito alla Data di Decorrenza;
- b) estinzione anticipata o trasferimento del Mutuo laddove l'Impresa Aderente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto;
- c) liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Permanente Totale;
- d) perdita, da parte dell'Assicurato inizialmente designato nella Richiesta di Adesione, di uno dei requisiti di cui all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione;
- e) compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età, se precedente alla Data di scadenza;
- f) scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Impresa Aderente per adesioni con durata annuale con tacito rinnovo.

In caso di Premio annuale, le garanzie si estinguono automaticamente trascorsi 60 giorni dalla Data di Decorrenza nel caso in cui non venga corrisposto il relativo Premio.

In caso di più assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli assicurati, dovuta a quanto previsto nei punti c), d) o e) sopra indicati, non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri assicurati. La Compagnia, con riferimento all'Assicurato non più in copertura, provvederà alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

In tal caso la Compagnia tratterà Euro 50,00 dall'ammontare dovuto a titolo di costi amministrativi per l'operazione di rimborso.

**Art. 4.4 Estinzione anticipata del Mutuo e Portabilità**

Nel caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Mutuo, salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria entro 15 giorni dalla richiesta di estinzione o trasferimento, la Compagnia provvederà alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La Contraente comunicherà alla Compagnia l'avvenuta estinzione del Mutuo indicandone gli elementi economici atti al calcolo del rimborso, oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Aderente/Assicurato.

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1-H) \times \frac{(N-K)}{N} \times \frac{(1-(1+J/12)^{-(N-K)})}{(1-(1+J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N-K)}{N} \right\}$$

Dove:

- R Importo da rimborsare  
 C Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione  
 D Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta  
 P Premio pagato al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali  
 H % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)  
 N Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi  
 K Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi  
 J Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura

In caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato. Resta altresì inteso che, a seguito dell'operazione di rimborso, il Premio originariamente versato risulterà ridotto in proporzione del capitale estinto rispetto al Debito Residuo.

Nei casi in cui l'estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa quali la modifica della durata e/o del tasso di interesse e/o della scadenza, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Mutuo, il contratto cesserà i suoi effetti secondo le modalità seguite per l'estinzione totale. Contestualmente verrà emesso un nuovo contratto per il restante periodo di esposizione debitoria con adeguamento del Premio e con principio di continuità di rischio rispetto alla selezione medica, senza applicazione di nuove carenze e franchigie. In caso di rinegoziazione verrà rimborsata all'Aderente/Assicurato la differenza tra il Premio adeguato al restante periodo di esposizione debitoria e la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria calcolato per estinzione totale al netto dei costi amministrativi.

In caso di estinzione anticipata totale o parziale, la Compagnia tratterà Euro 50,00 dall'ammontare dovuto a titolo di costi amministrativi per l'operazione di rimborso.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare alla Compagnia, potrà mantenere in vigore le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria

Il mantenimento della copertura potrà essere richiesto al seguente indirizzo: AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S, Viale Lancetti 43- 20158 Milano MI.

## 5 – REVOCA, RECESSO E DISDETTA

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.

La revoca deve essere comunicata per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

**AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S**  
**Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**

L'Impresa Aderente ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalla copertura danni, in caso di Premio unico anticipato, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte)

calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dal precedente Art. 4.4 – Estinzione anticipata del Mutuo e Portabilità.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

**AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S**  
**Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia, anche per il tramite del Broker o della Contraente, rimborsa all'Impresa Aderente il Premio da questa corrisposto. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Impresa Aderente implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

**Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Adesione emessa.**

L'Impresa Aderente ha facoltà di disdire il contratto:

- in caso di Premio annuale, con preavviso di **60 (sessanta)** giorni rispetto alla data di Scadenza annuale;
- in caso di Premio unico anticipato, a partire dall'11° anno e limitatamente alla garanzia Perdita d'Impiego, con preavviso di **60 (sessanta)** giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale

mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, inviata a:

**AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S.**  
**Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**

---

## 6 – BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, relativamente a tutte le garanzie è l'Impresa Aderente. Nel caso di estinzione anticipata o trasferimento del Mutuo, laddove sia stato richiesto alla Compagnia il mantenimento della copertura assicurativa, Beneficiario delle prestazioni resta l'Impresa Aderente.

---

## 7 – PREMI

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Compagnia, da parte dell'Impresa Aderente, o per suo conto dalla Contraente, di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per il caso di Mutui già erogati, è possibile optare per il pagamento di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Mutuo.

L'ammontare del Premio dipende dall'importo e dalla durata del Mutuo, ovvero dall'importo residuo del Mutuo in caso di Mutuo già erogato.

In caso di Premio annuale, se trascorso un anno dalla data di decorrenza della copertura assicurativa e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Impresa Aderente non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti. In caso di Premio annuale, le garanzie si estinguono automaticamente trascorsi 60 giorni dalla Data di Decorrenza nel caso in cui non venga corrisposto il relativo Premio.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Impresa Aderente.

**Mezzi di pagamento.** Il pagamento del Premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante bonifico bancario oppure altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo mandato per addebito diretto SEPA (SDD) o flusso di addebito telematico su c/c.

**Il contratto non prevede il riscatto.**

**L'ammontare del premio è determinato secondo le seguenti tabelle e dipende dall'importo e dalla durata del Mutuo:**

Polizza N. 4789 – Tassi di premio lordo		
Mesi di durata del finanziamento	Premio unico anticipato	Premio annuo
6-60	1,00%	0,25%
61-126	1,60%	0,24%
127-186	2,80%	0,27%
187-246	3,80%	0,31%
247-306	4,80%	0,32%
307-366	5,90%	0,35%

## 8 – DENUNCIA DEI SINISTRI

Per ottenere la liquidazione della prestazione **devono essere consegnati alla Compagnia, entro 30 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S, "Ufficio Sinistri", Viale V. Lancetti 43 – 20158 Milano (MI)
Via e-mail	<a href="mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu">sinistri-cbp@cbp-italia.eu</a>
Via PEC	<a href="mailto:cbpitaliasinistri@actaliscertymail.it">cbpitaliasinistri@actaliscertymail.it</a>

### Art. 8.1 Decesso

La documentazione, da presentarsi in caso di sinistro, è la seguente:

- copia della Richiesta di adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale mentre alla guida, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione sanitaria, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie senza che ciò possa costituire elemento ostativo in riferimento alla decisione della Compagnia di liquidare o meno il sinistro, effettuati senza esito i tentativi di acquisire tale documentazione.

E' necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale.

Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:

- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano al Decesso dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;

- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta, nel qual caso AXA France Vie si intenderà esonerata da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.
  - In entrambi i casi, AXA France Vie esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione completa.
- Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

### **Art. 8.2 Invalidità Totale Permanente**

La documentazione, da presentarsi in caso di sinistro, è la seguente:

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

### **Disposizioni comuni**

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Impresa Aderente o agli aventi causa ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro.

L'Impresa Aderente deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il cui costo sarà a totale carico della Compagnia medesima.

---

## **9 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

---

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il Sinistro. Decorso tale termine saranno dovuti gli interessi moratori.

---

## **10 – PERSONE ASSICURABILI**

---

Sono assicurabili le persone fisiche:

- residenti in Italia che hanno un'età compresa tra 18 e 69 anni compiuti al momento dell'adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni;
- che ricoprono all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Impresa Aderente avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- con la data di erogazione del finanziamento, per i mutui di nuova erogazione;
- con la data di firma presente nella Richiesta di Adesione, per i mutui già erogati

a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia;
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, e ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia;
- sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale previsto.

L'Impresa Aderente manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Relativamente alla modalità assuntiva tramite Questionario Medico Semplificato, nel caso in cui l'assicurando non ritenga di poterla sottoscrivere, provvederà alla compilazione del Questionario Anamnestico.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa



l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'assicurando e, per conoscenza, alla Contraente.

### **10.1 Designazione dell'Assicurato**

Nel caso di Impresa con più persone chiave assicurabili, viene data la possibilità di scegliere fra le seguenti opzioni:

- assicurare un solo soggetto, che sottoscriverà la Richiesta di Adesione, per l'intero importo del Mutuo;
- assicurare ciascuna delle persone chiave (fino ad un massimo di 2) identificate dall'impresa sottoscrittrice del contratto di Mutuo, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di assicurabilità. In tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, per un limite massimo di Euro 2.000.000,00. Ciascun Assicurato potrà essere coperto per una quota parte dell'importo totale del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, o per il totale del Mutuo stesso, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato.

### **10.2 Limiti assuntivi**

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Assicurato e, ove richiesto, con il Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- Per capitali fino a Euro 200.000,00 (duecentomila/00) dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Per capitali compresi tra Euro 200.000,01 (duecentomila/01) ed Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Per capitali superiori a Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), oltre allo specifico Questionario Anamnestico e il rapporto di visita medica di cui sopra, dovrà essere trasmessa alla Compagnia tutta la seguente documentazione sanitaria, il cui costo, a prescindere dall'esito dell'accettazione del rischio, sarà a carico della Compagnia:
  - Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione - Glicemia - creatinina - uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) - trigliceride - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutammiltransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB - anti-HBs - anti HBC) - sierologia epatite virale C (anti VHC);
  - Esame cardiovascolare con resoconto medico
  - Elettrocardiogramma;
  - Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età all'adesione supera i 50 anni;
  - Rapporto medico standardizzato.

L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà il proprio consenso.

Si precisa che l'importo massimo rimborsabile per ogni singolo esame è pari a 407,73€, ridotto a 388,83€ in assenza dell'analisi del PSA.

Per ottenere il rimborso delle spese mediche devono essere consegnati alla Compagnia all'indirizzo AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S, Viale Lancetti 43- 20158 Milano MI le fatture necessarie all'attestazione dell'esecuzione degli esami effettuati e del relativo costo.

Si precisa che eventuali esami aggiuntivi, rispetto a quelli sopraelencati, sono a carico dell'Assicurato.

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

---

## 11 – LIMITI TERRITORIALI

---

L'assicurazione vale per sinistri verificatisi nel mondo intero.

---

## 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

---

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Impresa Aderente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 c.c.

---

## 13 – COMUNICAZIONI

---

Salvo quanto previsto nell'art. 5 – Recesso – delle Condizioni di Assicurazione, tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa Aderente alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Impresa Aderente sulla Richiesta di Adesione.

---

## 14 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

---

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri relativi sono a carico dell'Impresa Aderente.

I premi versati con riferimento alla garanzia Invalidità Totale e Permanente sono soggetti alla tassazione prevista dalla Legge, attualmente pari al 2,5% del premio imponibile.

---

## 15 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

---

Qualora l'Infortunio subito dall'Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c. salvo il caso di dolo.

---

## 16 – RECLAMI

---

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del Sinistro possono essere presentati alla Compagnia, per il tramite del Broker, secondo le seguenti modalità:

- **Posta:** AXA France Vie e AXA France IARD c/o CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI
- **mail:** [reclami@cbp-italia.eu](mailto:reclami@cbp-italia.eu)
- **PEC:** [cbpitalia@pec.actalis.it](mailto:cbpitalia@pec.actalis.it)
- **fax:** +39 02 68826940

I reclami indirizzati alla Compagnia contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della Polizza Collettiva e nominativo della Contraente, numero dell'Adesione e nominativo dell'Aderente/Assicurato;
- numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

In caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo o in caso di risposta ritenuta non soddisfacente, il reclamante potrà presentare formale reclamo a:

**IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni**

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax: 06.42.133.745 – 06.42.133.353

utilizzando l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami, disponibile sul sito dell'Autorità al

seguinte link:

[http://www.ivass.it/ivass\\_cms/docs/F2180/Allegato2\\_Guida%20ai%20reclami.pdf](http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf)

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In **alternativa**, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:

**La Médiation de l'Assurance**  
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

o tramite la procedura sul sito web:  
<https://www.mediation-assurance.org>

chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, oltre a quanto previsto in base alla vigente normativa in merito alla mediazione civile.

---

#### 17 – ARBITRATO

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente Polizza. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Impresa Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti. **È possibile in ogni caso rivolgersi all'autorità giudiziaria.**

---

#### 18 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

---

#### 19 – FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Impresa Aderente, o quello da lui preferito.

---

#### 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

---

#### 21 – SANZIONI

In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente Contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

**RICHIESTA DI ADESIONE**  
***(facsimile)***

# Richiesta di adesione - facsimile

Polizza Collettiva n. 4789 "CPI Mutui Business" stipulata da BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A.  
(Contraente) con AXA FRANCE VIE

**Adesione facoltativa e riservata ai clienti della Contraente sottoscrittori di un contratto di mutuo**

Possono aderire alla Polizza Collettiva, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di due persone assicurabili, che ricoprono all'interno dell'Impresa Aderente, sottoscrittrice del contratto di Mutuo, uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente. Ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. Ciascun Assicurato potrà essere coperto per una quota parte dell'importo totale del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, o per il totale del Mutuo stesso, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. La quota prescelta realtiva a ciascun Assicurato è indicata nella presente Richiesta di Adesione.

Dati dell'Impresa Aderente			
Denominazione / Ragione Sociale			
Partita IVA			
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Telefono	E-mail		
Mutuo richiesto/ Debito Residuo Euro		Durata rimborso pari a mesi	
Premio unico €	Premio annuo €	TAN	

Dati del Legale Rappresentante			
Cognome	Nome		
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	

## La sottoscritta Impresa Aderente

in qualità di richiedente/i del Finanziamento n. \_\_\_\_\_, importo finanziato in linea capitale da erogare \_\_\_\_\_ Euro, per una durata di \_\_\_\_\_ mesi, presso BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A. – codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

in qualità di Aderente/i alla Polizza Collettiva 4789 a copertura del Finanziamento in corso n. \_\_\_\_\_, importo residuo del debito in linea capitale assicurato \_\_\_\_\_ Euro, per una durata residua di \_\_\_\_\_ mesi, presso BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A.– codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

Preso atto che **BANCA POPOLARE PUGLIESE S.C.p.A.** ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie e in collaborazione con il Broker CBP Italia S.A.S. una Polizza Collettiva di assicurazione a cui possono aderire i soggetti persone fisiche che ricoprono all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Mutuo uno dei seguenti ruoli Legale Rappresentante, Azionista, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente.

**RICHIESTE DI ADERIRE  
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 4789**

		Coperture Assicurative	Prestazione/Indennizzo
✓	A.	A) Decesso dell'Assicurato	A) Debito Residuo del Mutuo
		B) Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) dell'Assicurato	B) Debito Residuo del Mutuo
		<b>Capitale assicurato totale</b>	<b>Euro</b>
		<b>Premio unico totale</b>	<b>Euro</b>
		<b>Premio annuale</b>	<b>Euro</b>

**1) Dati dell'Assicurato N. 1**

Cognome		Nome		
Indirizzo di Residenza		Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Ruolo in Impresa		Documento		Data e luogo di emissione, Ente emittente
		Tipo	Numero	
Quota di copertura assicurativa: %		Premio unico €		
Capitale assicurato €		Premio annuo €		

**1) Dati dell'Assicurato N. 2**

Cognome		Nome		
Indirizzo di Residenza		Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Ruolo in Impresa		Documento		Data e luogo di emissione, Ente emittente
		Tipo	Numero	
Quota di copertura assicurativa: %		Premio unico €		
Capitale assicurato €		Premio annuo €		

**Beneficiari**

Beneficiario delle Coperture Assicurative è sempre l'Impresa Aderente.

**INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Impresa Aderente:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio unico	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% <u>60,50</u>	% <u>77,69</u>

## PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	In caso di Mutuo di nuova Erogazione: <ul style="list-style-type: none"><li>• Premio unico anticipato</li></ul> In caso di Mutuo già erogato, a scelta dell'Impresa Aderente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Premio unico anticipato</li><li>• Premio annuale</li></ul>
Mezzi di Pagamento del Premio	In caso di Mutuo di nuova Erogazione, a scelta dell'Impresa Aderente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Premio finanziato col mutuo</li><li>• Bonifico bancario</li></ul> In caso di Mutuo già erogato, a scelta dell'Impresa Aderente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bonifico bancario</li></ul>

## INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'/DEGLI ASSICURATO/I

La Compagnia assume il rischio raccogliendo da ciascun Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (**parte integrante della presente Richiesta di Adesione**) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il soggetto di cui alla lettera a) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

## REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza del contratto.
- L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione:
  - entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del premio pagato (al netto delle imposte);
  - annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dalle Condizioni di Assicurazione.
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

**AXA France Vie e AXA France IARD c/o CBP Italia S.A.S.  
Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**

### AVVERTENZA

In caso di estinzione anticipata totale o parziale del Mutuo, la Compagnia tratterrà dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del Premio pari a **Euro 50,00**.

## DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA ADERENTE

### DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLA POLIZZA COLLETTIVA ED ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Per facoltativa si intende che l'Adesione alla Polizza Collettiva non è né obbligatoria né richiesta da Banca Popolare Pugliese S.C.p.A. per ottenere dalla stessa un mutuo o per ottenerlo a condizioni diverse.*

#### La sottoscritta Impresa Aderente PRESO ATTO

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, ad AXA France Vie una copertura assicurativa per il caso di Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 4789 che la Contraente ha stipulato con Axa France Vie;

RICHIESTA DI ADESIONE (facsimile)

- che le suddette garanzie abbinata al Mutuo sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi sul/i soggetto/i Assicurato/i un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione/esistenza di un Mutuo, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla Data di Scadenza del Mutuo o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante della presente Richiesta di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenuto; oppure
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si riserva o meno di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

**DICHIARA**

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di voler attivare la copertura assicurativa sul/i soggetto/i Assicurato/i come sopra indicato/i;
- di **aderire**, in qualità di Aderente, alla Polizza Collettiva suindicata, che prevede il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nella presente Richiesta di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data
<b>FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE</b>

**DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE**

**AVVERTENZA – Si informa l'Impresa Aderente e ciascun Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 4789, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.**

**SI DICHIARA ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva. N. 4789 e di averne preso piena visione:**

- a) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore);
- b) Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
  - Condizioni di Assicurazione (compresive di Glossario);
  - Richiesta di Adesione (fac-simile).

Luogo e Data
<b>FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE</b>

**Io/noi sottoscritto/i Assicurato/i**

**DICHIARO/IAMO** di possedere tutte le condizioni di assicurabilità come previste dalle Condizioni di Assicurazione;

**PRESTO/IAMO** il consenso, con l'apposizione della firma in calce, alla stipula di un'assicurazione sulla mia/nostra vita, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ.

Luogo e Data		
<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 1</b>	<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 2</b>	



L'Assicurato/i dichiara/no di NON avere in corso con AXA France Vie altre coperture assicurative per il caso morte.

<b>Luogo e Data</b>	
<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 1</b>	<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 2</b>

---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia Titolare del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del Set informativo precontrattuale, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

<b>Luogo e Data</b>	
<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 1</b>	<b>FIRMA DELL'ASSICURATO 2</b>

**AXA FRANCE VIE**, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it).

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

**RICHIESTA DI ADESIONE (facsimile)**

## ALLEGATO 1

### QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)		Fare una croce nella casella del SI o del NO
1.	Lei é attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.	Lei é attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Lei é attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.	Lei é stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
	Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.	Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6.	Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.	La differenza tra la Sua altezza in centimetri <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> ed il Suo peso in kilogrammi <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**L'ASSICURATO**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma (per esteso e ben leggibile) \_\_\_\_\_

**DATI DEL MEDICO CURANTE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

RICHIESTA DI ADESIONE (facsimile)

**ALLEGATO 2**

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA COLLETTIVA N° 4789**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA**

Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- a) per il tramite del Contraente ovvero
- b) direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente alla Richiesta di Adesione compilato e sottoscritto dall'Aderente in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.**

**AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- c) la compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

Altezza: ..... cm    Peso: ..... kg    Differenza (Altezza - Peso): .....		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? ..... Per quale motivo? .....
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? ..... Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? ..... Da quando? .....
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? .....

		(allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? .....
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato <b>positivo</b> per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? ..... Quando? ..... Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa</li> <li>• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo</li> <li>• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi</li> <li>• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite</li> <li>• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari</li> <li>• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata</li> <li>• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema</li> <li>• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia</li> <li>• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo</li> <li>• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente</li> <li>• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura</li> <li>• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra .....</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?  .....   .....   .....   .....   .....   .....   .....   .....   .....   .....
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo <b>diverso</b> dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi,	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? .....

Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?		Per quanto tempo? .....
<b>11</b> Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)?      Quando? ..... ..... ..... .....

QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
Nome: _____  Cognome: _____	Nome: _____  Cognome: _____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Luogo: Data: __/__/____  Letto ed approvato,  _____ (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)	Luogo: Data: __/__/____  Letto ed approvato,  _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)	

# **NOTA INFORMATIVA PRIVACY**

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

**AVVERTENZA PRELIMINARE** - La presente Informativa viene resa dalla compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

## 1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

**AXA FRANCE VIE** iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia.

## 2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo al Titolare (sopra indicato) ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: [clp.it.privacy@partners.axa](mailto:clp.it.privacy@partners.axa)

## 3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b) espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati.

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

**Base giuridica del trattamento:** per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

## 4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a) dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- b) dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

## 5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna della Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dalla Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a) altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti anticiclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c) soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui la Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- f) altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI**

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

#### **7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'Interessato ha il diritto di chiedere alla Titolare:

- a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti della Titolare;
- f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- g) diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti alla Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- h) diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- i. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

#### **9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

La compagnia Titolare del Trattamento raccolgono i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

#### **10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI**

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di anticiclaggio.



