

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN6

Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della Pensione.

ART. 1 OGGETTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA

La presente Polizza è un'assicurazione collettiva che la Contraente stipula con l'Impresa di assicurazione CNP Vita Assicurazione S.p.A..

Oggetto della presente Polizza collettiva è la corresponsione di un capitale al Beneficiario in caso di decesso di un Assicurato, che abbia contratto un Prestito con la Contraente, **estinguibile mediante cessione di quote della pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive modifiche e integrazioni)**.

La polizza garantisce esclusivamente i prestiti di durata minima di 24 mesi e massima di 120 mesi, erogati dalla Contraente a Pensionati, che nell'ambito della presente Collettiva assumono la figura di Assicurati, per i quali la Contraente stessa abbia chiesto l'inserimento in Polizza.

A fronte della presente Polizza, l'Impresa di assicurazione garantisce al Beneficiario, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione di un importo pari al Debito residuo – come definito al successivo Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" - calcolato alla data del decesso dell'Assicurato stesso. La garanzia è prestata dall'Impresa di assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente e alle dichiarazioni dell'Assicurato.

ART. 2 OBBLIGHI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi dell'Impresa di assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza collettiva e relativi allegati, dalla Proposta-certificato sottoscritta dalla Contraente, dal consenso rilasciato dall'Assicurato ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile, dall'Attestato di copertura emesso dall'Impresa nonché dalle eventuali appendici rilasciate dall'Impresa di assicurazione stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalla Polizza valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Può essere inserita in Polizza ciascuna persona fisica:

- che sottoscriva un contratto di Prestito - successivamente alla data di decorrenza della presente Polizza collettiva - avente durata non inferiore a 24 mesi e non superiore a 120 mesi estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche). Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" che segue;
- la cui età sia compresa tra 60 anni (età anagrafica) e 86 anni (età assicurativa) calcolata alla data di decorrenza presunta riportata nell'Attestato di copertura e che alla data di scadenza del Prestito stesso non risulti di età superiore a 88 anni (età assicurativa).

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno intero quella superiore o uguale a sei mesi.

ART. 4 PRESTAZIONE ASSICURATA E IMPORTO MASSIMO ASSICURABILE

In caso di decesso dell'Assicurato verificatosi nel corso della Durata della copertura assicurativa e comunque entro l'88° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa), dovuto a qualsiasi causa e senza limiti territoriali, l'Impresa liquiderà al Beneficiario in un'unica soluzione il Capitale assicurato calcolato al momento del decesso, fatte salve le limitazioni previste al successivo Art. 12 "Esclusioni".

In deroga all'articolo 1927 del Codice Civile, la presente Polizza opera anche in caso di suicidio dell'Assicurato.

Il Capitale assicurato corrisponde al Debito residuo calcolato alla data del verificarsi del decesso dell' Assicurato. Per Debito residuo si intende la quota di Montante lordo non corrisposto dal Mutuatario (Assicurato) calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente così come risulta dal Conteggio estintivo. In particolare, ai fini dello sviluppo del Conteggio estintivo, si terrà conto: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già corrisposte, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato nonché di tutti i Costi Up-Front (costi fissi) e Recurring (costi ricorrenti), precisati nel contratto di Prestito. Per montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.

Per la determinazione del Debito residuo tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

L'Impresa non rimborserà eventuali rate insolute antecedenti la data di decorrenza effettiva delle trattenute da parte dell'INPS. L'importo liquidato dall'impresa sarà determinato in base alla decorrenza giuridica del piano di ammortamento riportata nel "benestare" rilasciato dall'INPS e sarà pari al Debito residuo alla data di decesso, come da piano di ammortamento originario; eventuali rate insolute antecedenti la decorrenza effettiva delle trattenute saranno considerate come corrisposte (pagate).

Il Capitale massimo assicurabile su un medesimo Assicurato con la presente Polizza collettiva è stabilito in 80.000,00 euro indipendentemente dal numero e dall'ammontare effettivo dei Prestiti personali sottoscritti dal singolo Assicurato stesso; l'Impresa, anche in presenza di più contratti sottoscritti sul medesimo Assicurato, risponderà in ogni caso fino all'ammontare complessivo massimo sopra riportato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di assicurazione e il Premio versato resta acquisito da quest'ultima.

L'Impresa effettuerà semestralmente un'analisi sulla totalità degli Assicurati inseriti in Polizza dalla Contraente (analisi di portafoglio); qualora

- uno dei seguenti parametri fosse superato:

Età media dell'Assicurato all'ingresso	72 anni
Durata media del contratto di Prestito	116 mesi

- e/o il TAN medio fosse superiore al 10%

L'Impresa si riserva la facoltà, previa comunicazione, di modificare sia le condizioni di Polizza sia le tariffe.

Tali modifiche avranno effetto a decorrere dal trentesimo giorno dalla data di comunicazione inviata dall'Impresa e solo per le nuove coperture richieste.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della prestazione assicurata, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 6 CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA COLLETTIVA

La Polizza è conclusa nel momento in cui la Contraente sottoscrive la Proposta-certificato e produce i propri effetti dalla Data di decorrenza pattuita e indicata nella stessa.

La Polizza ha una durata annuale e si rinnoverà tacitamente alla scadenza per un uguale periodo, salvo disdetta di una della Parti inviata a mezzo raccomandata A.R. con preavviso non inferiore a tre mesi.

In caso di disdetta della Polizza collettiva le coperture assicurative rimangono in vigore - per tutti gli Assicurati per i quali la Contraente ha provveduto alla corresponsione del relativo premio - fino alla scadenza pattuita.

In caso di disdetta, la Contraente avrà inoltre la possibilità, nei trenta giorni successivi alla scadenza della Polizza, di includere gli Assicurati che abbiano sottoscritto una proposta di Prestito prima di tale scadenza.

ART. 7 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata della Copertura assicurativa per ogni singolo Assicurato, espressa in mesi interi, coincide con la durata del relativo contratto di Prestito, nel limite minimo di 24 mesi e massimo di 120 mesi.

La Copertura assicurativa per ogni Assicurato inserito in Polizza decorre dalle ore 00.00 del giorno di erogazione del Prestito a condizione che:

- la Contraente abbia regolarmente chiesto l'inserimento in Polizza dell'Assicurato e inviato i relativi dati tramite flusso informatico utilizzando il tracciato condiviso con l'Impresa;
- la Contraente sia in possesso dell'originale, debitamente sottoscritto dall'Assicurato, del "**Consenso**" dell'Assicurato stesso alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile, del "**Questionario sanitario**" contenente tutte risposte negative dell'Assicurato o almeno risposte negative dell'Assicurato alle domande dalla 1 alla 10 (compresa) contenute nello stesso, nonché del "**Modulo di trattamento dei dati personali**";
- la Contraente sia in possesso di copia di un documento d'identità dell'Assicurato in corso di validità al momento della richiesta del finanziamento;
- l'Impresa abbia emesso apposito Attestato di copertura relativo al singolo Assicurato;
- la Contraente abbia effettivamente erogato il Prestito;
- l'Impresa abbia fornito - previa valutazione del "Rapporto di visita medica" debitamente compilato dal medico curante dell'Assicurato - parere favorevole all'assunzione del rischio qualora:
 - l'Assicurato abbia risposto affermativamente ad una o più delle domande contrassegnate dal numero 11 – 12 – 13 contenute nel Questionario sanitario e/o
 - l'Assicurato sia titolare di pensione di invalidità/inabilità o agisca per il tramite di un procuratore, e/o
 - il montante lordo per il quale si richiede la copertura sia di importo pari o superiore a 50.000,00 euro;
- la Contraente provveda alla corresponsione del relativo premio entro i termini pattuiti di cui al successivo Art. 13 "Calcolo, pagamento e regolazione del Premio".

In ogni caso per ciascun Assicurato l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa di assicurazione è da ritenersi confermata purché l'erogazione del Prestito avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza presunta riportata nell'Attestato di copertura. Se l'erogazione del Prestito fosse successiva al termine sopraindicato, la Contraente sarebbe tenuta a far ripetere all'Assicurato le formalità di ammissione alla Polizza.

La copertura assicurativa cessa al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

- **decesso dell'Assicurato;**
- **esercizio del diritto di Recesso da parte della Contraente;**
- **recesso dell'Assicurato dal Contratto di Prestito;**
- **anticipata estinzione totale del Prestito;**
- **naturale scadenza del contratto di Prestito.**

La Durata della copertura assicurativa potrà essere prolungata fino ad un massimo di cinquecentoquarantacinque (545) giorni rispetto alla durata del contratto di Prestito inizialmente pattuita relativa al piano di ammortamento originario, per effetto di variazioni di decorrenza e/o variazioni della prestazione pensionistica che determinano riduzioni o sospensioni della rata di cessione del quinto della pensione (periodo di accodamento); l'Impresa non richiederà alcuna integrazione del premio unico versato dalla Contraente per la singola posizione e la copertura assicurativa resterà commisurata per la prestazione al Debito residuo in vigore.

Semestralmente la Contraente invia all'Impresa di assicurazione per il tramite del Broker l'elenco delle coperture (singole posizioni) sottoscritte con la stessa evidenziando, per ogni Assicurato, il numero delle rate insolte e il relativo ammontare.

ART. 8 ANTICIPATA ESTINZIONE DEL PRESTITO

In caso di anticipata estinzione del contratto di Prestito non successiva alla liquidazione della prestazione per decesso dell'Assicurato, la Copertura assicurativa cessa a partire dalla data di anticipata estinzione del Prestito stesso.

La Contraente deve inviare all'Impresa comunicazione dell'anticipata estinzione del Prestito nei termini e secondo le modalità riportate al successivo Art. 9 "Modalità di inclusione ed esclusione degli Assicurati".

A seguito dell'anticipata estinzione del Prestito, l'Impresa provvederà al rimborso alla Contraente della parte di Premio pagato e non goduto relativo alla posizione assicurativa estinta, calcolato secondo la seguente formula di calcolo:

$$R = P * QIR_{(t)} / QIT$$

Dove:

- **R** = importo da rimborsare
- **P** = Premio Unico versato
- **QIR_(t)** = Quota Interessi Residua in t, determinata in base al piano di ammortamento originario e considerando che tutte le rate siano state pagate fino a tempo t, data di richiesta del rimborso.
- **QIT** = Quota Interessi Totale
- **t** = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza presunta alla data della anticipata estinzione totale del prestito.

ART. 9 MODALITA' DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSICURATI

La Contraente comunica all'Impresa, utilizzando apposito tracciato condiviso con la stessa, l'elenco degli Assicurati da includere nella presente Polizza; l'Impresa, in riscontro alle comunicazioni della Contraente, emette i relativi Attestati di copertura di cui all'Allegato D.

Per poter includere in Polizza un Assicurato, la Contraente deve sottoporre e fare sottoscrivere all'Assicurato stesso il Questionario sanitario; qualora:

- a) l'Assicurando risponda anche un solo SI ad una delle domande del Questionario sanitario contrassegnate dai numeri da 1 a 10 (compreso), il rischio non è assumibile dall'Impresa e l'Assicurando NON può quindi essere incluso in Polizza;
- b) l'Assicurando risponda anche un solo SI ad una delle domande del Questionario sanitario contrassegnate dai numeri da 11 a 13 (estremi compresi), la Contraente dovrà richiedere allo stesso di sottoporsi a visita medica presso il proprio medico curante utilizzando la modalità "**RVM ONLINE**". L'inclusione in polizza dell'Assicurando dovrà essere autorizzata dall'Impresa stessa, in caso contrario la copertura assicurativa non sarà operante;
- c) l'Assicurando sia titolare di pensione di invalidità/inabilità o sia assoggettato a procura e/o la copertura riguardi un montante lordo di ammontare uguale o superiore a 50.000 euro - anche in presenza di tutte risposte negative alle domande contenute nel Questionario sanitario -, la Contraente dovrà richiedere allo stesso di sottoporsi a visita medica presso il proprio medico curante utilizzando la modalità "**RVM ONLINE**". L'inclusione in polizza dell'Assicurando dovrà essere autorizzata dall'Impresa stessa, in caso contrario la copertura assicurativa non sarà operante;
- d) dal Questionario sanitario sottoscritto dall'Assicurando non figurino risposte positive e l'Assicurando stesso non rientri in una delle categorie di cui al precedente punto c), il rischio è assumibile dall'Impresa senza ulteriori accertamenti sanitari e l'Assicurando può quindi essere incluso in Polizza.

Al momento dell'inclusione di ogni singolo Assicurato, la Contraente deve essere in possesso della seguente documentazione

- copia di un documento d'identità dell'Assicurato in corso di validità al momento della richiesta del finanziamento;
- "**Consenso**" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita rilasciato ai sensi del secondo comma dell'art. 1919 del Codice Civile di cui all'Allegato B;
- "**Questionario sanitario**", debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, di cui all'Allegato C;
- "**Modulo di trattamento dei dati personali**" di cui all'Allegato E;
- documento che certifichi i trattamenti pensionistici erogati al Mutuatario, con specifica della tipologia di ciascun trattamento;

- copia dell'atto di procura e del documento di identità del procuratore qualora il Mutuatario agisca per il tramite di un procuratore.

Nei casi previsti di cui ai precedenti punti b) e c) la Contraente dovrà richiedere all'Assicurando di sottoporsi ad una visita medica con costi a carico dello stesso presso il proprio medico curante utilizzando la modalità "**RVM ONLINE**" predisposta dall'Impresa di assicurazione sul suo sito web. L'inclusione in polizza dell'Assicurato dovrà essere autorizzata dall'Impresa stessa, in caso contrario la copertura assicurativa non sarà operante.

Entro il giorno 5 di ogni mese la Contraente comunica al Broker, mediante flusso informatico, l'elenco degli Assicurati ai quali è stato erogato il Prestito nel corso del mese precedente e si impegna, per le relative coperture assicurative, alla corresponsione del premio dovuto e, contestualmente, provvede alla comunicazione degli Assicurati per i quali la copertura è cessata nel mese precedente.

Le comunicazioni relative all'attivazione/cessazione delle coperture assicurative saranno trasmesse dalla Contraente secondo le modalità e nel rispetto dei tempi concordati tra le parti.

ART.10 BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

Il Beneficiario della Prestazione Assicurata è la Contraente della Polizza collettiva.

ART. 11 DIRITTO DI RECESSO

La Contraente può recedere dalla presente Polizza collettiva entro 30 giorni dalla data di conclusione della stessa inviando apposita comunicazione all'Impresa al seguente indirizzo:

*CNP Vita Assicurazione S.p.A.
Via A. Scarsellini 14
20161 Milano.*

L'eventuale Premio pagato verrà rimborsato alla Contraente nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 12 ESCLUSIONI

Le prestazioni assicurate di cui al precedente Art. 4 "Prestazione assicurata e importo massimo assicurabile" sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso dell'Assicurato, senza limiti territoriali, per tutto il periodo di vigore della Copertura assicurativa ad esclusione dei seguenti casi:

- dolo della Contraente e/o dei suoi Dipendenti nonché degli Agenti in attività finanziaria e dei Mediatori creditizi che distribuiscono i prestiti erogati dalla Contraente;
- se la Contraente o i suoi Dipendenti non sono autorizzati a svolgere la propria attività ai sensi di legge;
- qualora i Contratti di Prestito siano stipulati a fronte di cessioni di quote di pensione non consentite dal DPR 180 del 1950 e successive modifiche ed integrazioni;
- quando la documentazione o parte di essa risulti falsa o falsificata;
- quando le firme apposte sui documenti contrattuali (finanziari e/o assicurativi) risultino apocrife;
- mancata erogazione del Prestito;
- qualora l'Assicurato non sia stato sottoposto in valutazione all'Impresa, con opportuno Rapporto di visita medica, prima dell'inclusione in copertura malgrado rientrasse in una delle casistiche di cui ai punti b) e c) del precedente Art. 9 "**MODALITA' DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSICURATI**";
- qualora l'Assicurato sia stato inserito in copertura malgrado rientrasse nella casistica di cui al punto a) del precedente Art. 9 "**MODALITA' DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DEGLI ASSICURATI**";
- invalidità, inefficacia o inesistenza del contratto di Prestito.

ART. 13 CALCOLO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento all'Impresa di assicurazione di un Premio unico da parte della Contraente.

La determinazione del Premio unico per ogni Assicurato avviene applicando i tassi di premio riportati nell'Allegato A – differenziati in base all'età dell'Assicurato calcolata alla data di decorrenza presunta indicata nell'Attestato di copertura e alla Durata della Copertura assicurativa (durata del prestito) - al Montante lordo, secondo la seguente formula:

$$PU=(\text{Montante lordo} * \text{tasso di premio}/1000)$$

La Polizza è soggetta a regolazione mensile. Il premio mensile di regolazione sarà determinato tenendo conto della somma dei Premi Unici dovuti relativi alle posizioni inerenti i Prestiti erogati nel mese precedente, al netto degli storni e dei rimborsi relativi al medesimo periodo.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici degli Assicurati comporta la rettifica, in base ai dati reali, dei premi dovuti all'Impresa.

I premi previsti dalla presente Polizza dovranno essere versati dalla Contraente al Broker entro la fine del mese di richiesta del pagamento mediante bonifico bancario. Qualora la Contraente non dovesse versare i Premi di regolazione nei termini stabiliti, l'Impresa si riserva il diritto di interrompere l'inclusione in Polizza di nuovi Assicurati.

In caso di decesso dell'Assicurato, a condizione che l'Impresa abbia erogato la prestazione, il Premio Unico si considererà totalmente acquisito dall'Impresa stessa che non sarà tenuta ad alcun rimborso.

ART. 14 PAGAMENTI DELL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Per tutti i pagamenti dell'Impresa di assicurazione debbono essere preventivamente consegnati alla stessa – da parte della Contraente - i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

I decessi devono essere denunciati entro 60 giorni dalla data in cui la Contraente ne viene a conoscenza. La Contraente per ottenere il pagamento della prestazione dovrà inviare all'Impresa, per il tramite del Broker, la "scheda notifica sinistro" di cui all'Allegato F compilata e completa di tutta la documentazione in essa indicata.

L'Impresa di assicurazione provvederà ad effettuare il pagamento nei confronti del Beneficiario della prestazione garantita dal Contratto di assicurazione entro 60 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione di seguito elencata; decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali a favore del Beneficiario. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nella "Scheda notifica sinistro".

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata dalla seguente documentazione:

- Copia del contratto di Prestito;
- "Consenso" dell'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita;
- "Questionario sanitario" ed eventuale Autorizzazione dell'Impresa all'inserimento in Polizza dell'Assicurato che si è sottoposto a visita medica;
- Conteggio estintivo del Prestito;
- Estratto di morte o atto integrale di morte o certificato di morte;
- Atto di benessere rilasciato dall'Ente Previdenziale (o Comunicazione di priorità se il decesso è antecedente al rilascio dell'Atto di benessere);
- Documento che certifichi i trattamenti pensionistici erogati al Mutuatario, con specifica della tipologia di ciascun trattamento;
- Copia dell'atto di procura e del documento d'identità del procuratore (solo per i Mutuatari assoggettati a procura);

- Coordinate bancarie, complete di codice IBAN e intestatario della Banca Beneficiaria.

Qualora il decesso si verifichi nei primi 90 giorni dalla Data di decorrenza della copertura, l'Impresa di assicurazione si riserva la facoltà di richiedere – a fini statistici - la documentazione attestante la causa di morte dell'Assicurato.

ART. 15 VINCOLO

La Contraente può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace soltanto quando l'Impresa, a seguito di comunicazione scritta della Contraente, provveda a prenderne atto con l'emissione di specifica appendice. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto della vincolataria.

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

Eventuali imposte relative alla presente Polizza sono a carico della Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla Polizza verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

ART. 17 LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente.

In caso di controversia è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

ART. 18 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di assicurazione. Le Imprese di assicurazione, in base alla Legge n. 266 del 23/12/2005 e successive modifiche ed integrazioni, sono obbligate a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

ART. 19 MODIFICHE STABILITE DALL'AUTORITA' DI CONTROLLO

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni derivanti da disposizioni dell'Autorità di controllo trovano automatica applicazione fin dalla data stabilita dall'Autorità stessa.

ART. 20 GESTIONE DELLA POLIZZA – COMUNICAZIONI

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le B&S italia spa, imp resa iscritta con numero B000052429 al RUI (Registro Unico Intermediari Assicurativi e Riassicurativi) la quale agisce in qualità di Broker ai sensi del Decreto Legislativo 07/09/05 n° 209 "Codice delle assicurazioni private".

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti il presente contratto potranno essere svolti per conto del Contraente dal Broker di cui sopra, il quale tratterà con l'Impresa.

Tutte le comunicazioni inerenti all'esecuzione della presente assicurazione, ivi comprese quelle relative al recesso ed alle disdette nonché quelle relative agli atti interruttivi della prescrizione, debbono essere trasmesse, dal Contraente all'Impresa e viceversa, direttamente o tramite il Broker designato.

Resta confermata l'efficacia liberatoria per la Contraente, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento del premio effettuato al medesimo Broker.

Allegati:

- Allegato A: Tassi
- Allegato B: Consenso dell'Assicurato
- Allegato C: Questionario sanitario
- Allegato D: Attestato di copertura
- Allegato E: Modulo di trattamento dei dati personali
- Allegato F: Scheda notifica sinistro (decesso)

**Tassi
CPN6**

Durata età	Tassi(%) da applicare al Montante lordo del prestito								
	24	36	48	60	72	84	96	108	120
60	7,630	10,510	13,570	16,790	20,220	23,790	27,520	31,440	35,570
61	8,510	11,700	15,050	18,620	22,330	26,200	30,260	34,540	39,070
62	9,420	12,920	16,630	20,490	24,500	28,710	33,150	37,840	42,840
63	10,390	14,270	18,270	22,430	26,790	31,400	36,270	41,460	46,960
64	11,440	15,590	19,900	24,420	29,210	34,270	39,670	45,380	51,410
65	12,510	16,970	21,650	26,620	31,880	37,500	43,460	49,730	56,330
66	13,300	18,180	23,370	28,850	34,730	40,940	47,480	54,350	61,540
67	14,510	19,930	25,670	31,820	38,310	45,140	52,300	59,790	68,260
68	16,050	22,060	28,500	35,300	42,430	49,900	57,700	66,570	76,440
69	17,890	24,660	31,790	39,230	47,030	55,150	64,470	74,850	86,260
70	19,970	27,440	35,230	43,360	51,830	61,640	72,590	84,640	97,700
71	22,430	30,550	39,020	47,850	58,200	69,800	82,560	96,370	111,180
72	24,410	33,260	42,470	53,480	65,850	79,420	94,070	109,760	126,450
73	26,610	36,220	48,070	61,340	75,860	91,470	108,110	125,770	144,430
74	29,050	42,020	56,410	72,020	88,710	106,410	125,120	144,840	165,490
75	35,450	51,230	68,070	85,920	104,740	124,580	145,420	167,190	189,860
76	47,220	65,070	83,950	103,840	124,760	146,710	169,620	193,440	218,040
77	53,830	73,980	95,150	117,410	140,730	165,040	190,280	216,290	243,000
78	61,370	83,980	107,720	132,570	158,430	185,260	212,860	241,150	270,020
79	69,280	94,720	121,320	148,960	177,580	206,990	237,070	267,730	
80	78,370	106,980	136,630	167,300	198,730	230,840	263,520		
81	88,840	120,790	153,780	187,530	221,950	256,910			
82	100,350	136,030	172,440	209,500	247,110				
83	112,990	152,490	192,650	233,340					
84	127,050	170,810	215,110						
85	142,040	190,710							
86	159,930								

Consenso

Il Sottoscritto

COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

DATA DI NASCITA

SESSO

avendo richiesto all'Ente finanziatore un Prestito personale da estinguersi,

secondo il piano di ammortamento illustrato nel Contratto di Prestito n.

mediante cessione di quote della pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche,

- **dichiara di dare il consenso, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile, all'Ente finanziatore, come sopra indicato, alla stipulazione di un'assicurazione sulla propria vita a beneficio dello stesso Ente finanziatore, a garanzia dell'estinzione del contratto di Prestito sopra precisato, in caso di sua premorienza;**
- **dichiara di essere a conoscenza della possibilità di richiedere all'Impresa di assicurazione, per il tramite della Contraente, le Condizioni di assicurazione.**

Luogo e data

Firma dell'Assicurando

Dati raccolti da

Nome Cognome

Filiale/Agenzia di

Data, In fede,

QUESTIONARIO SANITARIO

Istituto Finanziatore _____

Contratto di prestito n. _____

Cedente/Assicurando

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____

IL CEDENTE/ASSICURANDO CONSAPEVOLE CHE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti da lui rese possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario sanitario deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- c) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.

FORNISCE LE SEGUENTI DICHIARAZIONI:

Ha sofferto o soffre di:

1-Tumore maligno, cancro, leucemia, linfomi, mielomi	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2-MALATTIE CARDIO – VASCOLARI: ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, arteropatie, valvulopatie, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia cerebrale.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3-MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO: morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia, nevrosi, paralisi, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, ansia e/o depressione in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, tubercolosi, fibrosi polmonare, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5-MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO: artrite e/o artrosi grave, lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6-MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite.	
7-MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale cronica (anche lieve), pielonefrite, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8-MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE: diabete di tipo I, diabete di tipo II, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, adenoma surrenalico, noduli tiroidei, tiroiditi non compensati dalla terapia farmacologica, obesità.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9-MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO: nevrite ottica retro bulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10-MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO: talassemia maior, anemia, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11- Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi due anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, farmaci per il colesterolo)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12- E' in attesa di un ricovero ospedaliero o negli ultimi 12 mesi, è stato sottoposto a indagini diagnostiche particolari quali ad esempio Risonanza magnetica, TAC, Ecografia, Scintigrafia, Radiografia, Mammografia, Biopsia, che abbiano dato esito fuori dalla norma o è in attesa di effettuarle?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13- Beneficia di una pensione o assegno d'invalidità? Ha presentato domanda per ottenere una pensione/assegno d'invalidità?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Dati del proprio Medico curante

Nominativo: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Luogo e data _____

Firma del Cedente/Assicurando

Identità e Contatti dell'Intermediario che entra in rapporto con il Cedente/Assicurando

Intermediario del credito: _____ N. Iscrizione OAM: _____

Agente/Collaboratore (Nome e Cognome): _____

Attestato di copertura

Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale decrescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione - tar. CPN6

Polizza collettiva vita n.

Contraente

Prestito n.

A seguito dell'inclusione nella Polizza collettiva summenzionata dell'Assicurato fatta dalla Contraente, CNP Vita Assicurazione S.p.A. provvede all'emissione del presente Attestato di copertura confermando, ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche, le condizioni di validità della copertura assicurativa relativa al/alla sig./sig.ra:

Cognome e Nome	
Indirizzo	
Data di nascita	
Codice Fiscale	

Dettagli della copertura assicurativa connessa all'erogazione del Prestito:

Data di decorrenza presunta	
Data scadenza presunta	
Capitale assicurato iniziale	euro
Premio assicurativo	euro

Emesso a Milano il

CNP Vita Assicurazione S.p.A.

Allegato E – Modulo di consenso al trattamento dei dati personali
FAC - SIMILE

Polizza collettiva n.

Contraente

Contratto di Prestito n.

ASSICURANDO - COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: febbraio 2022

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

La società CNP Vita Assicurazione S.p.A., con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la “Società”), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali relativi all’assicurato/aderente/beneficiario/contraente (di seguito l’“Interessato”), ai sensi della polizza assicurativa (la “Polizza”) stipulata dal Contraente, a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali si riferisce. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso il contraente/intermediario.

2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall’Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

Nota Bene: qualora l’Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

3. PER QUALI FINALITÀ SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell’Interessato per le seguenti finalità:

- a) **FINALITÀ ASSICURATIVE:** I dati personali dell’Interessato vengono trattati
- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (compresa la valutazione del rischio assicurativo, effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell’Interessato e l’esecuzione - anche tramite call center - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell’attività della rete distributiva di cui si avvalgono le Società) e
 - per la prestazione dei servizi connessi all’attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l’invio di comunicazioni funzionali all’iscrizione all’area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell’ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.
- b) **FINALITÀ PER ADEMPIMENTO ADOBBLIGHI LEGALI:** i dati raccolti potranno essere trattati per adempiere ad un obbligo legale, come ad es. gli adempimenti previsti dalla normativa di settore applicabile, dati comunicati all’INPS o alle Autorità Fiscali per l’adempimento degli obblighi fiscali, all’Autorità di vigilanza per il settore assicurativo per l’adempimento dei suoi provvedimenti e delle normative regolamentari in tale ambito, alle autorità competenti in materia di antiriciclaggio e antifrode, ai soggetti autorizzati in materia di responsabilità amministrativa degli enti, per l’adempimento degli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Security & Data Governance, Data Quality, Protezione del trattamento dei dati personali e per l’ottemperanza a provvedimenti giudiziari.
- c) **ULTERIORI FINALITÀ** - nei limiti in cui detti trattamenti non possano essere svolti tramite dati anonimi e fermo restando che i dati saranno trattati per la durata e nei limiti strettamente necessari per perseguimento di detta finalità -:
- attività di test, sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;

- reportistica e analisi statistiche dell'attività della rete distributiva per valutazione della performance della rete e invio comunicazioni informative agli intermediari (es. agenti, brokers, etc.);
- reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi e partecipazione a focus group consumatori;
- consultazione di sistemi di informazioni creditizia per finalità connesse alla valutazione, all'assunzione o alla gestione di un rischio di credito, alla valutazione dell'affidabilità e della puntualità nei pagamenti dell'interessato, prevenzione del rischio di frodi e del furto d'identità;
- eseguire ricerche di mercato quali e quantitative del tipo Customer Satisfaction, Net Promoter Score in merito alla valutazione della qualità dei servizi erogati dalla catena assicurativa;
- trasmissione di dati personali all'interno del gruppo imprenditoriale per fini amministrativi interni;
- lo svolgimento di attività funzionali a cessioni di azienda e di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre operazioni straordinarie e per la relativa esecuzione;
- far valere o difendere un diritto anche da parte di un terzo in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e di conciliazione nei casi previsti dalle leggi, dalla normativa comunitaria, dai regolamenti o dai contratti collettivi.

4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per adempiere ad obblighi di legge (paragrafo 3 b) e per le FINALITÀ ASSICURATIVE (paragrafo 3 a), ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

Il trattamento per il perseguimento delle ULTERIORI FINALITÀ (paragrafo 3 c) è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "Regolamento Privacy"). Il trattamento per le tali Finalità non è obbligatorio e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento, fatti salvi i casi in cui il Titolare detenga un motivo legittimo prevalente, i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le ULTERIORI FINALITÀ.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Premessa la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, **l'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento e gratuitamente:**

- a) avere **accesso ai dati personali**: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
- b) conoscere l'origine dei dati, le **finalità** del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
- c) chiedere l'**aggiornamento**, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
- d) ottenere la **cancellazione**, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
- e) **revocare**, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- f) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse;
- g) chiedere alla Società la **limitazione del trattamento** dei suoi dati personali nel caso in cui:
 - l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
 - il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- h) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- i) chiedere la **cancellazione** dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;
- j) ottenere la **portabilità** dei dati che lo riguardano;
- k) proporre reclamo al **Garante per la Protezione dei Dati Personali** ove ne sussistano i presupposti, contatti: Garante per la Protezione dei Dati Personali Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via **mail** al seguente indirizzo: dpo_gruppocnpegalmail.it, o tramite posta all'indirizzo della Società - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano. Al fine di semplificare il processo di riscontro delle richieste di accesso ai dati personali, si precisa che nel caso di esercizio dei diritti di cui al presente paragrafo, il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo **copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale**; nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio o di residenza a cui far pervenire il riscontro dell'interessato. Qualora l'interessato si avvalga di un legale rappresentante, perché la richiesta sia presa in carico, il legale rappresentante deve trasmettere copia della delega, copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona che rappresenta, nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio.

9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, CNP Vita S.c.a.r.l., Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato al seguente indirizzo mail: dpo_gruppocnp@legalmail.it, o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti ai sensi del paragrafo 3 a,b e c della presente informativa, vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o anonimizzati.

11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto **dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (i) sopra riportata e (ii) consultabile nella versione costantemente aggiornata all'interno del sito internet <https://www.gruppocnp.it/privacy>**, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 punto a) dell'informativa e, pertanto, acconsento al trattamento previsto per tali finalità.

_____, _____/_____/_____ Firma dell'Assicurando _____
luogo data

SCHEDA NOTIFICA SINISTRO

Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale decrescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione - tar. CPN6

Contraente
Polizza collettiva n.
Contratto di Prestito n.
Periodo di Assicurazione

INFORMAZIONI GENERALI:

Cognome e Nome dell'Assicurato	
Codice fiscale dell'Assicurato	
Data in cui la Contraente è venuta a conoscenza del Decesso dell'Assicurato	
In caso di vincolo, indicare i dati della vincolataria	
Note	

DOCUMENTI ALLEGATI:

- "Consenso" scritto rilasciato dall'Assicurato alla stipulazione dell'assicurazione sulla propria vita (se non presente sul contratto di prestito)
- Copia del "Questionario sanitario" compilato e sottoscritto dall'Assicurato
- Coordinate bancarie, complete di codice IBAN e intestatario della Banca Beneficiaria
- Copia del contratto di Prestito
- Copia del Conteggio estintivo del Prestito

- Estratto di morte o atto integrale di morte o certificato di morte
- Atto di benessere (o Comunicazione di priorità se il decesso è antecedente al rilascio dell'Atto di benessere)
- Autorizzazione dell'Impresa all'inserimento in Polizza dell'Assicurato (solo per i rischi soggetti al "Rapporto di visita medica")
- Documento che certifichi i trattamenti pensionistici erogati al Mutuatario, con specificazione della tipologia di ciascun trattamento
- Copia dell'atto di procura e del documento d'identità del procuratore (solo per i mutuatari assoggettati a procura)

Scheda compilata da	
Carica ricoperta	
Indirizzo e.mail	
Telefono e fax	
Luogo e data	
Firma	

Attenzione: qualora il decesso si verifichi nei primi 90 giorni dalla Data di decorrenza della copertura, l'Impresa di assicurazione si riserva la facoltà di richiedere – a fini statistici - la documentazione attestante la causa di morte dell'Assicurato.

GLOSSARIO

CESSIONE DEL QUINTO DELLA PENSIONE – TARIFFA CPN6

Polizza Temporanea in Caso di Morte in forma Collettiva a Premio Unico e a Capitale Decrescente abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della Pensione.

Assicurato

Assicurato è la persona fisica inserita in copertura dalla Contraente;

Attestato di copertura

Documento rilasciato dall'Impresa che certifica la copertura assicurativa.

Beneficiario

Beneficiario è la Contraente della Polizza collettiva, che riceve la prestazione prevista dal Contratto di assicurazione, quando si verifica il decesso dell'Assicurato.

Broker (Soggetto Incaricato)

B&Sitalia spa, avente sede legale in Via Enrico Tellini,19 – Milano, intermediario che agisce su incarico della Contraente.

Conteggio estintivo

Il conteggio elaborato dalla Contraente a dimostrazione del suo credito residuo nei confronti del Mutuatario (Assicurato), il cui saldo è determinato in base ai dati del Contratto di Prestito sottoscritto dall'Assicurato (Mutuatario); in particolare si terrà conto nello sviluppo di tale conteggio: dell'importo del finanziamento, dell'importo della rata mensile, delle rate già pagate, della durata dell'ammortamento, del T.A.N. applicato, dei costi Up-front (costi fissi) e dei costi Recurring (costi ricorrenti) precisati nel contratto di Prestito.

Tutti i costi Recurring non saranno rimborsati per la quota parte non maturata.

L'Impresa non rimborserà eventuali rate insolute antecedenti la Data di decorrenza effettiva delle trattenute da parte dell'INPS indicata nell'Atto di benessere.

Contraente

Ente finanziatore, persona giuridica che stipula la Polizza collettiva con l'Impresa e si impegna al versamento dei relativi premi.

Copertura assicurativa

La garanzia assicurativa concessa dall'Impresa di assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte della quale l'Impresa di assicurazione è obbligata al pagamento della prestazione assicurata al verificarsi del decesso.

Data di decorrenza (della singola posizione assicurativa)

La Data di decorrenza corrisponde al giorno di erogazione del Prestito concesso dalla Contraente.

Data di decorrenza presunta

Data di decorrenza del prestito indicata dal Contraente e riportata dall'Impresa nell'Attestato di copertura; è presunta in quanto la data di decorrenza effettiva viene determinata in un momento successivo dall'INPS all'interno dell'Atto di benessere.

Debito residuo

Quota di Montante lordo non corrisposto dal Mutuatario (Assicurato), calcolato al netto degli interessi non maturati e al netto di quanto incassato a qualsiasi titolo dalla Contraente, come risulta dal Conteggio estintivo.

Durata della Copertura assicurativa

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza e la Data di estinzione del Prestito, durante il quale è operante la Copertura assicurativa.

Impresa (di assicurazione)

CNP Vita Assicurazione S.p.A. - Impresa del Gruppo CNP Assurances con sede in Via A. Scarsellini 14, 20161 Milano autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale N. 19305 del 31/3/1992. Iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione n. 1.00103.

Margine di Solvibilità

Rappresenta una garanzia di stabilità finanziaria dell'Impresa di assicurazione; è calcolato in proporzione agli impegni assunti dall'Impresa di assicurazione nei confronti degli Assicurati.

Montante lordo

Importo della rata mensile del prestito moltiplicato per il numero delle rate totali; corrisponde all'importo del capitale preso in prestito dal Mutuatario con l'aggiunta degli interessi e dei costi connessi.

Mutuatario

La persona fisica che beneficia del Prestito erogato dalla Contraente.

Proposta-certificato

Documento liberamente sottoscritto dalla Contraente con il quale manifesta all'Impresa di assicurazione la volontà di sottoscrivere la Polizza collettiva.

Polizza (collettiva)

Contratto in forma collettiva con contraente l'Ente erogatore del Prestito, che ne sostiene interamente l'onere economico nel suo esclusivo interesse.

Premio Unico

Il Premio è la somma dovuta all'Impresa di assicurazione per la Copertura assicurativa prestata. Il Premio è pagato dalla Contraente in unica soluzione e viene calcolato applicando i tassi di premio – differenziati in base all'età dell'Assicurato ed alla Durata della Copertura assicurativa (durata del Prestito) – al Montante lordo.

Prestito

Il contratto di prestito personale estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione (prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche) concesso dalla Contraente all'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del Contratto.

Sinistro (decesso)

È l'evento dannoso per cui è prestata la Copertura assicurativa.

T.A.N.

Tasso annuale nominale applicato al finanziamento e precisato nel contratto di Prestito.

**CNP Vita Assicurazione S.p.A.**

Via Scarsellini, 14 20161 Milano

www.gruppocnp.it

Tel. +39 02 2775.1

Pec: cnpvita_assicurazione@legalmail.it

Società soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A. – Sede Legale: via Scarsellini, 14 20161 Milano (ITALIA) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 pubblicato sulla G.U. n. 82 del 07/04/1992 – Capitale sociale Euro 25.480.080 l.v. – Registro delle Imprese di Milano, C. Fiscale 10210040159 P. IVA 12515340961 società appartenente a GRUPPO IVA CNP – Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00103 – Tel. +39 02 2775.1 – Pec: cnpvita_assicurazione@legalmail.it – www.gruppocnp.it