

1. ASSISTENZA SANITARIA IN VIAGGIO - ASSISTENZA BAGAGLIO - RITARDATA O ANNULLATA PARTENZA (incluso in Barclays Gold)

Assicuratore: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma (di seguito la Società). Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme manico-depressive. Le prestazioni della polizza sono dovute: a) all'estero, al di fuori del paese di origine, 24h su 24h per una durata massima di 30 giorni consecutivi di permanenza. A partire dal 31° giorno la copertura assicurativa non sarà più operante; b) nel caso di utilizzo, ovunque nel mondo, di un mezzo di trasporto pubblico o a noleggio, il cui costo sia stato pagato con la Carta del Titolare c) entro il limite di 3 (tre) sinistri, durante ogni anno di validità della Carta. Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative. Resta inteso che, nel caso di servizi all'estero, alla tempistica prevista dovranno essere aggiunti eventuali giorni festivi e dovrà anche essere considerato l'adeguamento al fuso orario locale. **Prestazioni:** 1) contatto telefonico di primo soccorso medico, 2) informazioni sanitarie pre-viaggio, 3) segnalazioni di un medico specialista, 4) invio di un medico in caso di urgenza (max. € 150,00 per sinistro), 5) trasferimento/rimpatrio sanitario (max. € 25.000,00 per sinistro), 6) trasferimento e rimpatrio sanitario con accompagnatore, 7) collegamento telefonico con la struttura sanitaria, 8) interprete a disposizione in caso di ricovero, 9) viaggio di un familiare in caso di ricovero (max. € 500,00), 10) rientro e assistenza dei figli minori (max. € 500,00), 11) organizzazione e rientro degli altri compagni di viaggio, 12) rientro dell'assicurato convalescente, 13) riconoscimento della salma (max. € 500,00 per sinistro) 14) rimpatrio della salma (max. € 10.000,00), 15) rientro anticipato (max. € 500,00), 16) invio di medicinali urgenti, 17) anticipo spese di prima necessità in caso di furto o smarrimento della Carta (max. € 4.000,00), 18) anticipo cauzione all'estero (max. € 5.000,00), 19) spese per ritardata consegna bagaglio (max. € 650,00 entro le 4 ore), 20) spese per mancata consegna bagaglio (max. € 2.650,00 entro le 48 ore), 21) spese per ritardata partenza (max. € 450,00 entro le 4 ore), 22) spese per annullata partenza (max. € 650,00).

A - Esclusioni comuni a tutte le Sezioni: 1) Tutte le prestazioni di assistenza e le garanzie assicurative non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da: a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trova in viaggio in un Paese in pace alla sua partenza); b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale; c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività; d) dolo dell'Assicurato; e) suicidio o tentato suicidio, commesso dall'Assicurato; f) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; g) gare e competizioni sportive salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACI o da altri Enti anche privati, gare motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitte o pratica di sport aerei in genere; h) uso di imbarcazioni a motore per tutte le attività sportive con esclusione della pesca; i) partecipazione a gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo; l) pratica di: pugilato, lotta, guidoslitte, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, atletica pesante, kite-surfing, hockey su ghiaccio; m) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura; 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società; 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore, tanto meno per eventuali danni da questo provocati; 4) Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamenti, contestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Società; 5) Le prestazioni e le garanzie non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto o nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

B - Esclusioni valide per le Sezioni Assistenza alla Persona e Assistenza al Bagaglio: 1) sinistri derivanti da viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche- trattamenti medico-chirurgici; 2) situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data d'effetto dell'assicurazione; 3) malattie nervose e mentali, malattie derivanti o riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre il sesto mese; 4) espianto e/o trapianto di organi; 5) applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso del contratto; 6) cure riabilitative, fisioterapiche e termali nonché l'eliminazione di difetti fisici congeniti; 7) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato; 8) per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; 9) per le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto; 10) per le spese per l'acquisto/riparazione di protesi o apparecchi terapeutici; 11) per le spese di dogana, taxi, ristoranti, pedaggi, carburante.

C - Esclusioni valide per le garanzie 19 e 20: 1) le spese che non sono state effettuate con la Carta dell'assicurato; 2) il caso di ritardata consegna del bagaglio avvenuta nell'aeroporto della città di residenza dell'Assicurato (paese di origine); 3) i sinistri derivanti dalla confisca o requisizione da parte delle autorità doganali o altre autorità governative; 4) tutte le spese sostenute dall'Assicurato dopo il ricevimento del bagaglio.

D - Esclusioni valide per le garanzie 21 e 22: 1) le spese che non sono state effettuate con la Carta dell'assicurato; 2) il caso in cui all'Assicurato viene proposto un mezzo di trasporto alternativo entro le 4 (quattro) ore dall'orario di partenza previsto; 3) lo sciopero del personale del vettore o del personale aeroportuale, portuale, ecc... 4) qualsiasi azione delittuosa da parte dell'Assicurato. **Modalità di richiesta di indennizzo:** per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità la Centrale Operativa della Società al numero dedicato urbano +39.06.42.115.694. Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un fax al numero +39.06.48.18.960. La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre dovrà qualificarsi come **Titolare della carta "Barclays Gold"** e comunicare: cognome e nome (dell'Assicurato); numero della carta (max 16); periodo di validità della carta (riportato sulla carta); prestazione richiesta; suo indirizzo o recapito temporaneo; numero di telefono al quale essere contattato. In caso di sinistri dove è previsto un rimborso da parte della Società, dovrà richiedere all'operatore della centrale operativa il numero di dossier/sinistro al fine di indicarlo nella denuncia. **Reclami in merito al contratto.** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri da parte dell'Assicurato o dalla Contraente devono essere inoltrati per iscritto alla Società (Servizio Clienti di Inter Partner Assistance S.A. Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma - numero fax +39.06.48.21.286 - servizio.clienti@ip-assistance.com). Qualora i chiarimenti ricevuti non venissero ritenuti soddisfacenti o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, il reclamo potrà essere inoltrato all'ISVAP in qualità di organo competente.

2. CONTANTI PROTETTI (incluso in Barclays Premium e Barclays Gold)**GARANZIA SCIPPO/AGGRESSIONE AGLI SPORTELLI AUTOMATICI (ATM) TERMINI E CONDIZIONI**

La garanzia "Scippo/Aggressione agli Sportelli Automatici (Atm)" fornita da Chartis EUROPE si applica automaticamente ai titolari di Carte Barclays emesse da Barclays Bank plc - Divisione Barclaycard. Le seguenti definizioni vengono utilizzate per l'applicazione dei termini e delle condizioni della presente garanzia: **ASSICURATO** - Il titolare della Carta Barclays, cliente di Barclays Bank plc - Divisione Barclaycard, in qualità di consumatore ai sensi dell'art. 3 lett. a) del D. Lgs. 206/2005; **CARTA ASSICURATA** - le carte Barclays valide e emesse da Barclays Bank plc - Divisione Barclaycard e per le quali valgono i benefici della presente polizza; **BENEFICIARIO** - l'intestatario della Carta Assicurata; **AGGRESSIONE** - qualunque minaccia fisica o violenza fisica da un terzo con l'intenzione di privare l'assicurato dei propri beni; **TERZI** - qualunque persona che non sia l'Assicurato, il coniuge, o il convivente more uxorio, i discendenti o altro parente o affine con lui convivente; **SINISTRO** - le perdite pecuniarie dirette subite dall'Assicurato per le quali è prestata la garanzia assicurativa. Le perdite pecuniarie risultanti da una serie di utilizzi fraudolenti con la stessa carta assicurata saranno considerati come un unico e solo sinistro; **ANNO ASSICURATO** - il periodo di 12 mesi consecutivi che inizia dalla data di decorrenza della garanzia "Scippo/Aggressione agli Sportelli Automatici (Atm)" e si rinnova automaticamente ad ogni scadenza annuale.

Art. 1 - Oggetto della Garanzia Scippo/Aggressione agli Sportelli Automatici (Atm): la garanzia prevede un rimborso a favore dell'Assicurato in caso di rapina di denaro contante prelevato con la sua Carta Assicurata presso uno Sportello Automatico (ATM), a condizione che: • la rapina sia stata commessa con aggressione nei confronti dell'Assicurato; • l'aggressione sia avvenuta nelle 2 ore successive al prelevamento del contante.

Art. 2 - Periodo di garanzia: la copertura è prestata per un periodo massimo di 2 ore dal momento del prelevamento del contante.

Art. 3 - Massimale: il massimale per Assicurato per carta assicurata è di € 500,00 per Carta Assicurata e per Anno Assicurato.

Art. 4 - Esclusioni: sono escluse le richieste di risarcimento derivanti da: • danni causati intenzionalmente o in maniera fraudolenta dall'Assicurato o da uno dei suoi parenti prossimi (coniuge, convivente more uxorio, discendenti o ascendenti); • prelevamento di denaro contante effettuato con una carta diversa dalla Carta Assicurata; • qualsiasi rapina che si verifichi nelle 2 ore successive al prelevamento del contante; • qualsiasi rapina di denaro contante commessa con astuzia o qualsiasi minaccia esercitata nei confronti dell'Assicurato per costringerlo a prelevare denaro e consegnarlo a Terzi; • qualsiasi rapina di denaro contante sottratto da uno sportello automatico che sia stato manomesso; • danni causati da guerra, disordini civili, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, atti terroristici, reazione o radiazione nucleare, ovvero dovuti a cause di forza maggiore; • conseguenze di qualsiasi sommossa o di confisca da parte delle autorità.

Art. 5 - Sinistri - Obblighi dell'Assicurato nei confronti della Società: al verificarsi dell'evento l'Assicurato deve: • verbalizzare l'accaduto alle autorità di polizia

entro le 48 ore successive al verificarsi del Sinistro; • notificare immediatamente l'accaduto al Servizio Liquidazione Danni di Chartis EUROPE telefonando al numero 02 42115.746 o inviando una e-mail a: barclays@ip-assistance.com. Per ottenere l'indennizzo da parte di Chartis EUROPE, l'Assicurato deve trasmettere la richiesta a: Chartis Europe - Servizio Liquidazione Danni presso Inter Partner Assistenza Servizi Spa - Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma compilando il modulo di denuncia sinistri in tutte le sue parti e allegando tutte le seguenti prove documentali: • originale della denuncia alla Polizia indicante, fra l'altro, il luogo, la data e l'ora esatta dell'aggressione nonché l'ammontare di denaro sottratto; • copia dell'estratto conto di Barclaycard relativo alla Carta Assicurata con indicazione della data e dell'importo prelevato; • se disponibile, scontrino di prelevamento indicante la data, l'ora e l'importo del prelevamento; • certificato medico originale o dichiarazione testimoniale dettagliata, datata e firmata, che precisi le circostanze dell'aggressione e riporti nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo e professione del testimone, unitamente a un documento ufficiale, quale passaporto o patente di guida, che comprovino l'identità e la firma del medesimo. Successivamente, l'Assicurato dovrà fornire ulteriori prove documentate della perdita subito alla Società. L'Assicurato dovrà presentare tutta la documentazione necessaria per valutare la richiesta di risarcimento come da indicazioni riportate sul modulo di denuncia del sinistro.

Art. 6 - Informativa sul Trattamento dei dati da parte di Chartis Europe S.A.: titolare del trattamento è Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via della Chiesa n.2 Milano, tel. 02 36901, fax 02 3690222. Alcuni dati verranno trasmessi ai seguenti soggetti in qualità di responsabili del trattamento dati per l'area industriale: FDP S.r.l. Via Inverigo n.14 Milano; GESTAS (Gestioni Assicuratrici) S.r.l. Via Inverigo n.14, Milano; ANACOMP ITALIA S.r.l. Vicolo D. Pantaleoni n.4, Milano; INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A. Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma. Per eventuali richieste di informazioni al Servizio Privacy rivolgersi presso la Direzione Generale di Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia. I dati sono trattati da Chartis Europe S.A. - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornire i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti indicati nella nota (i - Chartis Europe) della presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. L'interessato ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento.

(i - Chartis Europe) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); assicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, ANIA, ISVAP, Casellario Centrale Infortuni.

Art. 7 - Reclami e informazioni relative al contratto di assicurazione: eventuali reclami andranno indirizzati a: Società Chartis EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Servizio Reclami - Via Della Chiesa, 2 - 20123 Milano. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta, in tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente ed il contraente.

3. GARANZIA "PREZZO E ACQUISTO PROTETTO" ABBINATA AL PROGRAMMA ASSICURATIVO SULLE CARTE BARCLAYS - TERMINI E CONDIZIONI (incluso in Barclays Premium e Barclays Gold)

Le garanzie "Prezzo Protetto" e "Acquisto Protetto" fornite da Chartis EUROPE si applicano automaticamente a tutte le Carte Barclays emesse dal Contraente. Le seguenti definizioni vengono utilizzate per l'applicazione dei termini e delle condizioni della presente polizza: **ASSICURATO:** Il titolare della Carta Barclays, cliente di Barclays Bank plc - Divisione Barclaycard, in qualità di consumatore ai sensi dell'art. 3 lett. a) del D. Lgs. 206/2005. **SOCIETÀ:** Chartis EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia. **CARTA ASSICURATA:** le carte Barclays valide e emesse da Barclays Bank plc - Divisione Barclaycard e per le quali valgono i benefici della presente polizza: Carta Barclays Premium e Gold. **BENI ASSICURATI:** tutti i beni materiali interamente o parzialmente (*1) acquistati dall'Assicurato con la Carta Barclays, il cui valore di acquisto sia superiore a € 75,00 ed inferiore a € 2.000,00, ad eccezione di: • gioielli o gemme, • animali e piante, • denaro contante, valuta estera, travelers' cheques, biglietti di viaggio o di trasporto, biglietti per spettacoli, titoli o altri strumenti negoziabili, • beni di consumo, cibi o bevande, benzina, • veicoli motorizzati nuovi o usati e relativi accessori, • telefoni cellulari e loro parti e accessori. • qualsiasi oggetto venduto come parte di un intero (*2)

(*1) Quando il prezzo d'acquisto è stato pagato solo parzialmente con la carta assicurata, il sinistro sarà indennizzato proporzionalmente al prezzo totale.

(*2) paio o serie di oggetti: Se il bene Assicurato consiste in articoli venduti in coppia o in serie e, a seguito della perdita, si possa provare che detti articoli non possano più essere utilizzati e non possano essere sostituiti singolarmente, in tal caso la garanzia verrà applicata all'intero o serie di articoli.

TERZI: qualunque persona che non sia l'Assicurato, il coniuge, o il convivente more uxorio, i discendenti o altro parente o affine con lui convivente - **FURTO AGGRAVATO:** furto con aggressione o effrazione (con scasso) - **FURTO SEMPLICE:** sottrazione del bene assicurato senza violazione o distruzione di qualsiasi meccanismo di chiusura, o senza qualsiasi violenza o minaccia fisica esercitata da terzi nei confronti dell'Assicurato - **AGGRESSIONE:** qualunque minaccia fisica o violenza fisica da un Terzo con l'intenzione di privare l'assicurato dei propri beni - **EFFRAZIONE:** forzatura, danni o distruzione di qualunque meccanismo di chiusura. - **DANNO ACCIDENTALE:** i danni esteriormente visibili che pregiudichino il funzionamento dell'apparecchio in garanzia, generato da cause esterne improvvise ed imprevedibili. **GIOIELLO:** qualsiasi oggetto abitualmente indossato da una persona, formato in tutto o in parte da metallo prezioso e/o pietre preziose - **ANNO ASSICURATO:** il periodo di 12 mesi consecutivi che inizia dalla data di decorrenza della garanzia Protezione Acquisti. **TERRITORIO:** la Polizza è efficace in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Art.1 - Oggetto della Garanzia "Prezzo Protetto": la garanzia "Prezzo Protetto" ha per oggetto il rimborso all'Assicurato della differenza tra il prezzo interamente pagato per l'acquisto del Bene Assicurato, nei limiti del Territorio, con la Carta Assicurata valida, ed il prezzo riscontrato presso un altro punto di vendita di uno stesso Bene Nuovo, stesso marchio, stesse caratteristiche tecniche e stesso modello di fabbricazione/distribuzione, purché la differenza di prezzo sia scoperta entro 60 giorni dalla data di acquisto del bene assicurato. Il Bene deve essere identico in ogni aspetto, ivi compreso il colore (se rilevante), gli accessori, i termini di consegna, i termini di finanziamento, le garanzie e i servizi post-vendita. Il Sinistro deve essere comunicato entro i 30 giorni successivi dalla data in cui l'Assicurato è venuto a conoscenza che il bene Assicurato risulta offerto ad un prezzo più basso da un altro dettagliante.

Art. 2 - Oggetto della Garanzia "Acquisto Protetto": la garanzia "Acquisto Protetto" ha per oggetto il rimborso all'Assicurato del prezzo di acquisto di un Bene Nuovo pagato interamente con la Carta Assicurata in caso di Furto, Rapina e smarrimento nei limiti del Territorio. Il Furto e la Rapina devono essere subiti nonostante l'uso di ogni ragionevole cautela da parte dell'Assicurato nella conservazione e nella vigilanza del bene Assicurato. Il bene Assicurato deve trovarsi all'interno di locali non accessibili perché dotati di idonee chiusure effettivamente utilizzate, non deve essere lasciato incustodito né su vetture in parcheggio (non custodito) e durante l'uso all'esterno deve essere sotto la stretta vigilanza dell'assicurato. In caso di Danno Accidentale l'oggetto della garanzia è il rimborso dei costi di riparazione. Lo smarrimento ed il danneggiamento devono essere accidentali e non dovuti a dolo o colpa grave dell'Assicurato.

Art. 3 - Periodo di Garanzia: il periodo di validità della presente garanzia è 60 giorni dalla data di acquisto del Bene Assicurato. Ovvero: il Furto Aggravato deve essere commesso entro 60 giorni dalla data di acquisto o di consegna (incluso il giorno di acquisto o di consegna). Il Danno Accidentale deve verificarsi entro 60 giorni dalla data di acquisto o di consegna (incluso il giorno di acquisto o di consegna).

Art. 4 - Massimale: il massimale per Assicurato, per carta assicurata e per anno assicurato è di € 2.000,00

Art. 5 - Esclusioni: sono escluse dalla presente garanzia le richieste di indennizzo derivanti da: • Qualunque bene il cui prezzo d'acquisto sia inferiore a € 75,00 o superiore a € 2.000,00. • Beni acquistati presso aste on line o vendite collegate a una cessazione dell'attività commerciale, svendite e pacchetti promozionali. • Qualunque Bene acquistato fuori dal Territorio. • Beni di seconda mano. Sono coperti solo i Beni Nuovi. • Qualsiasi Bene acquistato su un sito internet non registrato nel Territorio. • Qualsiasi azione intenzionale o dichiarazione fraudolenta commessa dall'Assicurato o dal coniuge, dal convivente more uxorio, dai discendenti o da altro parente o affine con lui convivente. • Embargo, confisca, sequestro o distruzione su ordine di un governo o della pubblica autorità. • Crisi economiche o finanziarie aventi caratteristiche straordinarie e variazioni imprevedibili dei normali corsi monetari o di borsa. • Danni causati da guerra civile o internazionale, sommossa civile, insurrezione, ribellione, rivoluzione o terrorismo o causa di forza maggiore. • Disintegrazione del nucleo dell'atomo o radiazioni ionizzanti. Sono inoltre escluse dalla garanzia "Prezzo Protetto": • Beni per i quali è stato ottenuto un prezzo scontato non applicabile a tutta la clientela; • Qualsiasi differenza di prezzo scoperta presso lo stesso Punto di Vendita; • Beni senza marchio che non riportano nome/modello del rivenditore o del produttore. • Qualunque articolo offerto gratuitamente o a prezzo ridotto a condizione che ne venga acquistato un altro. • Qualunque articolo per il quale una richiesta di rimborso è stata fatta utilizzando la garanzia di protezione del prezzo del rivenditore o altro tipo di accordo. • Beni acquistati da un venditore al mercato ambulante o da un commerciante all'ingrosso. • Qualsiasi differenza di prezzo scoperta presso un Punto di Vendita situato al di fuori del territorio italiano o in zone franche o in Duty Free store; Sono inoltre escluse dalla garanzia "Acquisto Protetto": • Furto diverso da quello con violenza o con scasso. Il furto semplice è escluso. • Danni derivanti da uso, deprezzamento o qualunque processo o alterazione, riparazione o pulitura. • Danni derivanti da difetto intrinseco del prodotto acquistato. • Danni causati a parti esterne dell'apparecchio in garanzia che non ne pregiudicano il funzionamento (ad esempio rigature, graffi e scalfitture). • Danni occorsi durante la spedizione, il trasporto o la movimentazione del venditore. • Danni causati o derivanti dal mancato rispetto delle istruzioni di utilizzo o dalle avvertenze del costruttore. • Danni coperti dalla garanzia del costruttore e/o del distributore. • Gioielli ed orologi contenuti nei bagagli, salvo che i bagagli siano portati a mano personalmente dal titolare della carta di credito e sotto il suo personale controllo o di un suo compagno di viaggio, già conosciuto in precedenza. • Danni causati da sbalzi di pressione originatisi in un aeromobile.

Art. 6 - Sinistri - Obblighi dell'Assicurato: al fine di presentare una richiesta di indennizzo, l'Assicurato dovrà:
- verbalizzare l'accaduto alle autorità di polizia entro le 48 ore successive al verificarsi del Sinistro;

4) **Soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati:** I dati potranno essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità - in Italia e all'estero, alla Società o a società del Gruppo Filo diretto, soggetti esterni alla catena distributiva della Società che svolgono attività connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale, quali corrispondenti, organismi sanitari, personale medico e paramedico, personale di fiducia, legali, periti e autofficine, società di servizi cui siano affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei servizi, società di consulenza aziendale, consulenti, studi professionali, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, enti di gestione di dati e servizi enti ed organismi che effettuano attività di gestione elettronica dei dati e di mezzi di pagamento, società che svolgono attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela, servizi di archiviazione della documentazione e società specializzate in servizi di data entry, fornitura di servizi informatici, servizi di gestione amministrativa e contabile, mediante soggetti incaricati dalla società. Gli stessi dati potranno essere comunicati per le finalità di cui al punto 1b) a soggetti cui la comunicazione è per legge obbligatoria, nei limiti e per le finalità previste dalla stessa legge, organi pubblici e organi di vigilanza, soggetti pubblici e privati cui sono demandate ai sensi della normativa vigente funzioni di rilievo pubblicistico, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo e quindi, a titolo di esempio, Ania, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza dei fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale od altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (es. Ufficio Italiano Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione).

5) **Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali (art.7 del Codice Privacy):** L'art.7 del Codice Privacy conferisce al Cliente specifici diritti tra cui quello di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati presso la società o presso i soggetti ai quali vengono comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, nonché il loro utilizzo; il Cliente ha altresì diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi e per fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario. Per l'esercizio di tali diritti potrà rivolgersi direttamente a Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Paracelso 14 – 20041 Agrate Brianza (MI).

6) **Titolare del trattamento:** Titolari del trattamento sono Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Paracelso 14 – 20041 Agrate Brianza (MI) nella persona del legale rappresentante, e ciascuna delle società del Gruppo Filo diretto ed il Contraente che effettuano il trattamento in via automatica con diretta responsabilità.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato: **Assicurato:** il singolo soggetto (copertura "Personale") – entrambi i soggetti (copertura "Congiunta") il cui interesse è coperto dall'assicurazione; **Assicurazione:** il contratto di assicurazione – CPP – Card Protection Plan; **Assistenza:** l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro; **Carte di credito:** le carte di credito e di pagamento possedute dall'assicurato; **Centrale Operativa:** la struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno 24 ore su 24, che organizza, su richiesta dell'Assicurato, le prestazioni di assistenza previste dal contratto di assicurazione – CPP Card Protection Plan; **Contraente:** Card Protection Plan limited che stipula l'assicurazione; **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione; **Premio:** la somma in denaro dovuta dal Contraente alla Società; **Sinistro:** il verificarsi dello stato di difficoltà o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione; **Società:** Filo diretto Assicurazioni S.p.A.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1) Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione: L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile.

Art. 3) Modifiche dell'assicurazione: Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4) Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione: In mancanza di disdetta, inviata mediante lettera raccomandata spedita da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi in cui la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno. Premesso che il presente contratto ha la durata stabilita fra le Parti, resta inteso che (in caso di disdetta del presente contratto) le coperture assicurative con decorrenze antecedenti detta disdetta restano comunque operanti per un periodo di dodici mesi a partire dalla data decorrenza, fatto salvo quando disposto dall'art. 1) Pagamento del premio.

Art. 5) Altre assicurazioni: L'Assicurato è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 6) Estensione territoriale: L'assicurazione vale per il mondo intero salvo eventuale diversa indicazione per le singole prestazioni.

Art. 7) Rinvio alle norme di legge: Per tutto quanto non è diversamente disciplinato dalla presente polizza, si applicano le disposizioni di legge.

SEZIONE A: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 8) Oggetto dell'assicurazione

La Società, tramite la Centrale Operativa, fornisce all'Assicurato, le prestazioni di assistenza sotto specificate per le quali è stato corrisposto il relativo premio, fino alla concorrenza dei limiti previsti:

a) Blocco e sostituzione delle carte di credito

La Centrale Operativa, in caso di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito possedute dall'Assicurato, si impegna ad avvisare le Aziende emittenti tali carte di credito, dal momento in cui l'Assicurato notifica il furto o lo smarrimento e si attiva al medesimo tempo per la cancellazione e per la sostituzione di dette carte di credito nonché per la richiesta di un loro duplicato, ove ciò sia possibile. Qualora venga chiesta la loro sostituzione, verranno rimborsate le spese di emissione delle carte sostituite addebitate dall'emittente, fino alla concorrenza di € 20,00 per carta ed un massimale di € 240,00 per sinistro ed anno assicurativo.

b) Difesa clonazione Carte di Credito e Bancomat

Assistenza diretta a fornire un supporto esperto per dare orientamenti all'assicurato sugli adempimenti da svolgere, per redigere denunce, formulare richieste o istanze, reperire documentazione probatoria per espletare le attività necessarie a dimostrare il fatto all'Istituto che ha emesso la carta di credito/bancomat, affinché lo stesso possa agevolmente rifondere al cliente la somma illecitamente sottratta. In caso di necessità l'assicurato potrà avere a disposizione anche l'assistenza e l'intervento di un legale da lui incaricato (vedi art. 20)

c) Cambio di indirizzo

La Centrale Operativa si impegna a comunicare alle Società emittenti delle carte di credito (laddove ciò sia possibile) il cambio di indirizzo dell'Assicurato, intervenuto successivamente alla adesione al contratto e ciò al fine di evitare che le carte di credito dell'Assicurato siano inviate ad un indirizzo errato o che siano inviate a Terzi.

d) Registrazione documenti

L'Assicurato potrà, compilando l'apposita modulistica, far memorizzare dalla Centrale Operativa i dati dei propri documenti personali (patente, passaporto e simili) ed in caso di furto, rapina o smarrimento di detti documenti unitamente alle carte di credito, potrà richiedere alla Centrale Operativa una lista completa delle registrazioni precedentemente effettuate. Limitatamente ai documenti registrati e per i quali è stata indicata la data di scadenza, verrà inviato un avviso gratuito di mera cortesia all'Assicurato per ricordare la necessità di provvedere al rinnovo del documento.

e) Invio di un fabbro per sostituzione serratura

Qualora l'Assicurato, a seguito di un furto, rapina o smarrimento delle carte di credito avvenuto congiuntamente alle chiavi relative alla porta d'ingresso del suo domicilio, necessiti di un fabbro per un intervento di emergenza, la Centrale Operativa provvede all'invio di detto artigiano tenendo a proprio carico l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di € 233,00 per sinistro fermo restando che questa prestazione sarà effettuata una sola volta per anno assicurativo.

f) Spese di comunicazione

La Centrale Operativa, in caso di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito, prenderà in carico le eventuali spese di comunicazione documentate (telefono, fax o telex) che si rendessero necessarie al fine di contattare la stessa Centrale Operativa oppure le competenti Autorità al fine di esporre regolare denuncia dei fatti, e ciò fino a concorrenza di € 62,00 per sinistro e per anno assicurativo.

g) Anticipo denaro contante all'estero

Qualora l'Assicurato in conseguenza di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito unitamente al denaro contante, debba sostenere all'estero delle spese impreviste, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso e ciò complessivamente fino ad un importo massimo di € 1.500,00 a fronte di adeguata garanzia ottenuta previa verifica ed autorizzazione presso Società emittenti della carte di credito ed eventualmente presso Istituto di Credito dove sono state rilasciate le carte di credito. L'Assicurato si impegna a restituire (mediante bonifico bancario od autorizzando l'addebito sulle carte di credito) il denaro anticipato entro i 14 giorni successivi alla data in cui è stato erogato l'anticipo. La prestazione è operante nei paesi ove esistano corrispondenti della Società e purché l'eventuale trasferimento di valuta all'estero non violi le disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

h) Rientro anticipato dall'estero

La Centrale Operativa organizzerà il rientro anticipato dall'estero (aereo classe turistica o treno 1 classe) dell'Assicurato in seguito a furto, rapina o smarrimento del

biglietto di viaggio avvenuti congiuntamente alle carte di credito. Nel caso in cui l'Assicurato (sempre in seguito a furto, rapina o smarrimento del biglietto di viaggio avvenuti congiuntamente alle carte di credito) debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Il costo del biglietto non potrà essere superiore a € 2.500,00 che la Centrale Operativa provvederà ad anticipare a fronte di adeguata garanzia ottenuta previa verifica ed autorizzazione presso Società emittente delle carte di credito ed eventualmente presso Istituto di Credito dove è stata rilasciata la card. L'Assicurato si impegna a restituire (mediante bonifico bancario od autorizzando l'addebito sulle carte di credito) il denaro anticipato entro i 14 giorni successivi alla data in cui è stato acquistato il biglietto. La prestazione è operante nei paesi ove esistano corrispondenti della Società e purché l'eventuale trasferimento di valuta all'estero non violi le disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

i) Pagamento fattura hotel all'estero

Qualora l'Assicurato in conseguenza di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito unitamente al denaro contante, avvenuti all'estero, non abbia altri mezzi per provvedere al pagamento della fattura dell'hotel, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di tale fattura fino ad un importo massimo di € 2.500,00 a fronte di adeguata garanzia ottenuta previa verifica ed autorizzazione presso Società emittente delle carte di credito ed eventualmente presso Istituto di Credito dove sono state rilasciate le carte di credito. L'Assicurato si impegna a restituire (mediante bonifico bancario od autorizzando l'addebito sulle carte di credito) il denaro anticipato entro i 14 giorni successivi alla data in cui è stato effettuato il pagamento. La prestazione è operante nei paesi ove esistano corrispondenti della Società e purché l'eventuale trasferimento di valuta all'estero non violi le disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

j) Rifacimento documenti

Qualora l'Assicurato in conseguenza di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito unitamente a passaporto, carta d'identità e/o patente, avvenuti all'estero, debba provvedere ad avviare le pratiche di emergenza necessarie per l'emissione di documenti provvisori necessari alla prosecuzione del viaggio o per far ritorno al suo domicilio, la Centrale Operativa provvederà:

- a mettere in contatto l'Assicurato con l'ambasciata italiana più vicina per agevolare per quanto possibile le pratiche di cui sopra;
- a risarcire fino ad un massimo di € 210,00 per sinistro e per anno la spese documentate che l'Assicurato ha sostenuto per tali pratiche.

Art. 9) Rischi esclusi: Sono esclusi i rischi causati da:

a) Atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommesse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni; b) Eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni; c) Sviluppo comunque inserito, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività; d) Abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; e) Dolo dell'Assicurato.

Qualora le prestazioni si riferiscano ad eventi accaduti all'estero, la permanenza massima di tale soggiorno non potrà essere superiore a 60 giorni. Valgono inoltre le eventuali specifiche esclusioni previste nelle condizioni che regolano le singole prestazioni. La Centrale Operativa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di: • disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto; • ogni circostanza fortuita od imprevedibile; • cause di forza maggiore.

Art.10) Rimborso per le prestazioni indebitamente ottenute: La Centrale operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della prestazione d'assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge. Nel caso in cui le prestazioni prevedano un termine entro il quale l'Assicurato si impegna alla restituzione degli importi anticipati dalla Centrale Operativa e/o dalla Società, resta inteso che, decorso tale termine, verranno addebitati all'Assicurato gli interessi di mora (al tasso di interesse legale vigente) in pro rata per ogni giorno aggiuntivo di ritardo.

Art.11) Mancato utilizzo delle prestazioni: In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

SEZIONE B: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA FURTO – RAPINA – SMARRIMENTO DELLE CARTE DI CREDITO E/O LORO UTILIZZO FRAUDOLENTO

Art. 12) Oggetto della garanzia

La Società si obbliga, nei limiti, alle condizioni e con le modalità che seguono, ad indennizzare l'Assicurato dei danni materiali e diretti a Lui derivati dal furto, rapina e/o smarrimento delle carte di credito e/o dal loro utilizzo fraudolento e più precisamente: a) degli importi (interessi inclusi) che l'Assicurato debba pagare come responsabile, nei confronti delle Società emittenti le carte di credito in Suo possesso e regolarmente comunicate al Contraente, per gli utilizzi fraudolenti delle carte di credito stesse durante le 24 ore precedenti alla notifica alla Contraente del furto, rapina e/o smarrimento delle stesse e, successivamente alla notifica, fino a quando la Contraente informi le Società emittenti le carte di credito, dell'avvenuto furto, rapina e/o smarrimento delle stesse; b) il denaro in contanti che fosse stato rubato, rapinato e/o smarrito all'estero congiuntamente alle carte di credito; c) il rimborso delle spese sostenute e documentate per il riacquisto della borsa o del portafoglio rubati, rapinati e/o smarriti all'estero e che contenevano le carte di credito anch'esse rubate, rapinate e/o smarrite all'estero; d) il risarcimento delle spese sostenute e documentate per il recupero del bagaglio e/o delle chiavi rubate, rapinate e/o smarrite sia in Italia che all'estero purché tale bagaglio e/o dette chiavi siano state precedentemente munite di apposite etichette identificative fornite dalla Contraente. In tali spese si intendono comprese anche le spese postali ed i costi telefonici sostenuti dalla Persona che ritrova il bagaglio, per la sua restituzione.

Art. 13) Somme assicurate – Limiti di risarcimento: Resta convenuto fra le Parti che le somme assicurate ed i limiti di risarcimento sono stabiliti come segue:

a) relativamente alla garanzia di cui all'art. 14) comma a): € 155,00 per sinistro e per carta col massimo di € 1.860,00 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo; b) relativamente alla garanzia di cui all'art. 14) comma b): € 210,00 per sinistro e per anno assicurativo; c) relativamente alla garanzia di cui all'art. 14) comma c): € 210,00 per sinistro e per anno assicurativo; d) relativamente alla garanzia di cui all'art. 14) comma d): € 210,00 per sinistro e per anno assicurativo;

Art. 14) Rischi esclusi: Sono esclusi i danni causati e/o avvenuti a seguito di: • uso illecito delle carte di credito da parte dell'Assicurato o di una Persona con Lui convivente; • uso del codice segreto PIN da parte di soggetti diversi dall'Assicurato; • furto, rapina e/o smarrimento del bagaglio non identificato con etichette fornite dal Contraente; • furto, rapina e/o smarrimento delle chiavi che NON siano state identificate con le etichette fornite dal Contraente; • verificatisi in occasione di guerre, insurrezioni, occupazione militare, invasione nonché in occasione di esplosione od emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure quelli verificatisi in occasione di eventi naturali catastrofali dichiarati tali dalle competenti Autorità; • causati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle Persone di cui debba rispondere a norma di Legge;

Resta inteso che, se l'Assicurato esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara perdute cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, perde il diritto all'indennizzo.

SEZIONE C: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA PROTEZIONE ACQUISTO

Art. 15) Oggetto della garanzia: La Società si obbliga, nei limiti, alle condizioni e con le modalità che seguono, ad indennizzare l'Assicurato dei danni materiali e diretti a Lui derivati dal furto, scippo, rapina e/o estorsione dei beni mobili – il cui valore unitario sia superiore ad € 70,00 – acquistati con le Carte di credito oggetto della copertura avvenuti a seguito di: • furto con effrazione presso il domicilio dell'assicurato (valido nei 90 giorni successivi alla data di acquisto); • furto con aggrazione sulla persona dell'Assicurato (valido nelle 48 ore successive all'acquisto dei beni); • scippo, rapina ed estorsione ai danni dell'Assicurato (valido nelle 48 ore successive all'acquisto dei beni).

Art. 16) Somme assicurate – Limiti di risarcimento: Resta convenuto fra le Parti che le somme assicurate ed i limiti di risarcimento sono pari ad € 1.000,00 per sinistro ed € 3.000,00 per anno assicurativo.

Art. 17) Rischi esclusi: Sono esclusi i danni causati e/o avvenuti a seguito di: • verificatisi in occasione di guerre, insurrezioni, occupazione militare, invasione nonché in occasione di esplosione od emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure quelli verificatisi in occasione di eventi naturali catastrofali dichiarati tali dalle competenti Autorità; • causati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle Persone di cui debba rispondere a norma di Legge; Si intendono sempre esclusi i danni avvenuti: • ai beni indennizzabili rubati che non siano stati denunciati alle autorità competenti entro 24 ore dalla scoperta del furto; • ai beni indennizzabili lasciati incustoditi in luoghi accessibili al pubblico; • all'interno dei veicoli terrestri e a motore; • a piante ed animali; • a pellicce e gioielli, ivi compresi orologi in oro e platino; • a denaro contante, assegni, valuta estera, traveller's cheques, cambiali, titoli bancari e di credito in genere; • ad attrezzature e materiale elettrico/elettronico, inclusi, a titolo esemplificativo, apparecchi stereo portatili, lettori MP3, computer e relative attrezzature quando situati sul luogo di lavoro, navigatori satellitari e similari; • beni acquistati e donati ad altre persone; • a veicoli terrestri a motore e non a motore così come tutti i loro componenti ed accessori interni ed esterni.

Resta inteso che, se l'Assicurato esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara perdute cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, perde il diritto all'indennizzo.

SEZIONE D: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSICURAZIONE FURTO DEI PRELIEVI

Art. 18) Oggetto e limiti dell'Assicurazione sui prelievi: In seguito a furto, scippo, rapina e/o estorsione, perpetrati unicamente nei confronti dell'Assicurato, dei valori contanti prelevati per mezzo delle Carte, tramite la rete Bancomat, la società rimborserà all'Assicurato stesso la somma derubata entro il limite massimo di € 250,00 per evento e sino ad un massimo di due volte per anno assicurativo. Questa garanzia è operante unicamente se il sinistro avviene entro le quattro ore dal prelievo suddetto. L'Assicurato si impegna, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, a fornire alla Società la necessaria documentazione probante.

Art. 19) Rischi esclusi: Sono esclusi i danni causati e/o avvenuti a seguito di: • verificatisi in occasione di guerre, insurrezioni, occupazione militare, invasione nonché in occasione di esplosione od emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure quelli verificatisi in occasione di eventi naturali catastrofali dichiarati tali dalle competenti Autorità; • causati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle Persone di cui debba rispondere a norma di Legge.

SEZIONE E: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA TUTELA LEGALE

Art. 20) Oggetto della garanzia: La società assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato Contraente, a seguito di: 1) Utilizzo fraudolento della carta di credito successivo al furto o smarrimento della stessa avvenuto nelle 24 ore precedenti il blocco della Carta (effettuato secondo le condizioni di cui alla presente polizza), se indennizzabile ai sensi di quanto previsto alla sezione Furto - Articolo 14); 2) Furto dell'identità conseguente alla clonazione delle Carte oppure al furto o smarrimento delle Carte congiuntamente ai documenti di identificazione personale.

La Società terrà a proprio carico le spese sotto riportate sino ad un massimo di € 3.000,00 per evento e per anno assicurativo. Le spese coperte sono: a) Per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro; b) Per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Società ai sensi dell'Art 6 che segue; c) Quelle di giustizia; d) Il contributo unificato (D.L. 11.03.2002 n°28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell' Art. 21) che segue. Le garanzie valgono: a) in caso di utilizzo fraudolento della Carta successivo al furto o smarrimento della stessa avvenuto 24 ore precedenti il blocco della carta, per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni subiti dall'assicurato contraente per fatti illeciti commessi da colui che ha utilizzato fraudolentemente la carta di credito dell'assicurato contraente a condizione che quest'ultimo abbia sporto denuncia/querela e si costituisca parte civile; b) in caso di furto dell'identità conseguente alla clonazione delle Carte oppure al furto o smarrimento delle Carte congiuntamente ai documenti di identificazione personale, per resistere a pretese di terzi nei confronti dei quali sono state assunte obbligazioni da parte di colui che indebitamente si è appropriato dell'identità dell'assicurato contraente e per sostenere l'esercizio di pretese a risarcimento dei danni subiti dall' assicurato contraente per fatti illeciti commessi da colui che ha sottratto l'identità dell'assicurato contraente a condizione che quest'ultimo abbia sporto denuncia/querela e si costituisca parte civile.

Art. 21) Delimitazione della garanzia: L'assicurato contraente è tenuto a: a) regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme, relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, di documenti necessari per la gestione del sinistro, b) assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa. La società non si assume il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.

Art. 22) Insorgenza del sinistro: 1) La garanzia assicurativa viene prestata per i sinistri che siano insorti, trascorsi tre mesi dalla data di effetto della copertura; 2) La garanzia si estende ai sinistri che siano insorti durante il periodo di validità della polizza e che siano stati denunciati alla società, nei modi e nei termini dell'art. 26) entro 12 mesi dalla cessazione della polizza stessa.

Art. 23) Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa: Se l'assicurato contraente richiede la copertura assicurativa è tenuto a: a) informare immediatamente la società in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione; b) conferire il mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 24) Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro: In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne tempestivo avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro e non oltre 30 giorni dalla data del sinistro o dall'avvenuta conoscenza dello stesso. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale del diritto all'indennizzo. Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari.

In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere alla Società, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro al seguente indirizzo: Filo diretto Assicurazioni S.p.A.- Centro Direzionale Colleoni – Ufficio Tutela Legale – via Paracelso,14 – 20041 Agrate Brianza (MI). Tel. 039. 6578053 o al n° verde 800. 960038 o via fax allo 039.6057533 o via posta elettronica all'indirizzo e mail: tutelami@filodiretto.it.

Art. 25) Gestione del sinistro: L'Assicurato, dopo avere fatto alla Società la denuncia del sinistro, segnala per la tutela dei suoi interessi un Legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio o hanno sede gli uffici giudiziari competenti. Successivamente la Società comunicherà proprio benessere e l'assicurato procederà alla nomina. La Società, assume a proprio carico le relative spese fino alla concorrenza del massimale assicurato e nei limiti delle condizioni previste dalla presente polizza, secondo tabelle professionali determinate ai sensi del D.M. 585/94 e successive modificazioni. L'Assicurato non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in sede stragiudiziale o in corso di causa senza preventivo benessere della Società (che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta) pena il rimborso delle spese da questa sostenute e l'obbligo di restituire quelle eventualmente anticipate dalla Società. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benessere. L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al Legale da Lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione necessaria -relativi al sinistro- regolarizzati a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. Copia di tale documentazione e di tutti gli atti giudiziari predisposti dal Legale devono essere trasmessi alla Società. In caso di controversia fra il Contraente ed altre persone assicurate, la garanzia è operante a favore del Contraente. In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata ad un arbitro nominato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

Art. 26) Recupero di somme: Spettano integralmente all' assicurato contraente i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano invece alla società, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze, e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. 27) Estensione territoriale: Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale, l'assicurazione vale per i sinistri che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel bacino del mare mediterraneo sempreché il foro competente, ove procedere si trovi in questi territori. In tutte le altre ipotesi la garanzia vale per i sinistri che insorgono e devono essere trattati nella Repubblica Italiana, nella Città Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Art. 28) Esclusioni: La garanzia non è valida: a) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, scioperi e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; b) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; c) per fatti dolosi dell' assicurato contraente; d) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l' assicurato contraente viene perseguito in sede penale.

SEZIONE F: CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GARANZIA INFORTUNI

Art. 29) Oggetto della garanzia -Lesioni fisiche conseguenti a scippo o rapina della carta e/o del prelievo presso Bancomat: In caso di infortunio subito dall'Assicurato Contraente in conseguenza di uno scippo o rapina delle sue Carte e/o di un prelievo presso la rete Bancomat, la Società garantisce il rimborso delle spese per cure mediche da lui sostenute fino a concorrenza di un massimale pari a € 5.000,00 per evento.

Per cure mediche si intendono: • Le spese ospedaliere o cliniche; • Gli onorari a medici e chirurghi; • Gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio; • Le spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso ad un Istituto di Cura o ad un ambulatorio; • Le spese farmaceutiche; • Le spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Sono inoltre incluse le spese fisioterapiche per le quali la Società mette a disposizione un ulteriore massimale pari a € 2.500,00 per evento. La garanzia di cui alla presente sezione vale per l'eventuale eccedenza di spese non rimborsate da analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) delle quali l'Assicurato Contraente abbia fruito. Per "Istituto di Cura" si intende l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati in base a requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche. Per "ambulatorio" si intende la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie e di degenza diurna.

Art. 30) Esclusioni: Sono esclusi gli eventi causati da: a) Stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti; b) Lesione provocata intenzionalmente, il suicidio o il tentato suicidio; c) Guerra o atti di guerra, sia essa dichiarata o meno; non sarà comunque ritenuto atto di guerra qualsiasi atto commesso da un agente di un qualsiasi governo, parte o fazione in guerra, ostilità o altre simili operazioni belliche, a condizione che tale agente agisca in segreto e svincolato da qualsiasi operazione delle forze armate (esercito, marina o aeronautica) nel paese in cui si verifica la lesione; d) Partecipazione ad una qualsiasi attività militare, di polizia o antincendio; e) Azione delittuosa, o il tentativo di un'azione delittuosa, commesso da o per conto dell' assicurato contraente, o dai suoi beneficiari.

Sono inoltre esclusi: f) Gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli resi necessari da infortunio; g) I soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, trattamenti fisioterapici e di disintossicazione; h) Le cure dentarie, cure parodontali non rese necessarie da infortunio, cure implantologiche e protesi dentarie, cure ortodontiche.

Art. 31) Criteri di indennizzabilità: La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; per tanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

Art. 32) Obblighi in caso di sinistro: Per tutti i sinistri l'Assicurato deve avvisare immediatamente telefonicamente la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando i numeri

800. 960038 dall'Italia

039. 6578053 dall'estero (preceduto dal prefisso per chiamate dall'estero) - (con chiamata a carico del Destinatario)

Fax 039.6057533

Indicando:

- Cognome e nome
- Numero di certificato/codice cliente
- Il luogo in cui si trova
- Il numero di telefono o telex dove può essere contattato
- L'indirizzo del suo domicilio e/o residenza
- Eventuali altre informazioni richieste dalla Centrale Operativa.

La Centrale Operativa attiverà la procedura di apertura sinistri e fornirà tutte le informazioni sulle modalità e sui tempi di liquidazione dei sinistri stessi.

Successivamente al primo contatto telefonico e per poter attivare la procedura di liquidazione dei sinistri, l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società entro 5 (cinque) giorni da quando ne è venuto a conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità e da quando ha raccolto gli elementi necessari alla denuncia del sinistro, ciò ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Nel caso di furto, rapina e/o smarrimento delle carte di credito, l'Assicurato deve fare denuncia scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo ove è avvenuto il sinistro, precisandone il momento e la causa presunta nonché l'entità approssimativa del danno. Copia di tale denuncia, deve essere trasmessa alla Società. Se il sinistro è avvenuto all'estero, la dichiarazione dovrà essere ripetuta all'Autorità italiana. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Ogni prestazione di "Assistenza" deve essere richiesta alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne darà esplicita autorizzazione all'Assicurato per l'effettuazione. La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in caso contrario l'Assicurato perderà il diritto ad ottenere il rimborso. Per quanto riguarda le spese rimborsabili secondo le norme contrattuali, è necessario inviare gli originali dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese anticipate dall'Assicurato, alla sede della Società. Il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

Art. 33) Comunicazione degli Assicurati: Al momento di adesione al presente contratto alla Società dovranno pervenire: • Dati anagrafici – codice fiscale ed indirizzo dell'Assicurato; • Tipologia della copertura scelta (Personale o Congiunta); • Data di adesione e durata della copertura (12 mesi oppure 36 mesi)

Relativamente all'operatività delle Sezioni C – D – E – F La garanzia assicurativa verrà prestata per le carte – fino ad un massimo di 10 – che verranno indicate dall'Assicurato nel modulo di registrazione che la Società invia allo stesso a seguito della sua adesione alla presente polizza di assicurazione.

Premio annuo CPP Value singola: € 35,00 - Premio annuo CPP Value congiunta: € 54,00 - Inclusa nella Carta Gold.

5. BARCLAYS CREDITO SICURO (facoltativo per Barclays Premium e Barclays Gold)

I dati contenuti nel presente documento sono stati da ultimo aggiornati a Dicembre 2010.

GLOSSARIO

ADERENTE: la persona fisica, titolare della Carta, come di seguito definita, che abbia aderito alle coperture assicurative di cui alla Polizza Collettiva n. 23006.

ASSICURATO: la persona fisica sulla cui vita o sulla cui persona viene stipulato il Contratto e che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

ATTIVITÀ SPORTIVA PROFESSIONISTICA: attività sportiva a titolo oneroso e di carattere continuativo, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline previste dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo i regolamenti di tali Federazioni, nel rispetto delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività sportiva dilettantistica da quella professionistica.

BENEFICIARIO: il soggetto che ha diritto alle prestazioni assicurative previste dal Contratto che corrisponde alla Contraente per tutte le coperture assicurative offerte dal Contratto.

CARENZA: il periodo di tempo successivo alla Data di Decorrenza durante il quale, al verificarsi di determinati eventi, nessuna copertura assicurativa è efficace e pertanto le Compagnie non possono corrispondere alcun indennizzo nel caso in cui il Sinistro si verifichi in tale periodo.

CARTA: la carta di credito emessa da Barclays, collegata a un circuito internazionale di pagamento in funzione dell'utilizzo della quale sono offerte le coperture assicurative di cui al Contratto.

COMPAGNIA: per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente: CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. con sede legale in Plaza Colon n. 2 – 28046 Madrid, Spagna e sede secondaria italiana in Via Arconati n.1, 20135 - Milano, Italia ("CNP BARCLAYS VIDA") Rappresentante Generale per l'Italia, Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. I 00084; per le garanzie Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero: CNP VIDA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A con sede legale in Calle Ochandiano n. 10, 28023, MADRID, Spagna ("CNP VIDA") Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. II 01011.

COMPAGNIE: Cnp Barclays Vida e CNP Vida.

CONTRAENTE: Barclays Bank Plc, che ha stipulato la polizza collettiva n. 23006 denominata "Barclays Credito Sicuro" con CNP Barclays Vida e con CNP Vida.

CONTRATTO: il presente contratto di assicurazione.

DATA DI CESSAZIONE DELLE COPERTURE: la data a partire dalla quale le coperture assicurative previste dal Contratto non hanno più effetto.

DATA DI DECORRENZA: la data di perfezionamento del Contratto che coincide con le ore 24.00 del giorno del primo utilizzo della carta di credito in abbinamento alla quale le coperture assicurative sono offerte, a condizione che l'Aderente abbia aderito alle coperture assicurative mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione allegato alla documentazione contrattuale della carta di credito.

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

DGSFP: Autorità di vigilanza Assicurativa spagnola.

FRANCHIGIA: periodo di tempo superato il quale le Compagnie indennizzano il Sinistro.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

INDENNIZZO: importo liquidabile dalle Compagnie in caso di Sinistro.

INFORTUNIO: evento dovuto a caso fortuito o forza maggiore, violento ed esterno, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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

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

ISVAP: Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, l'Autorità di Vigilanza Assicurativa in Italia.

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

LAVORATORE DIPENDENTE PRIVATO: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro.

LAVORATORE DIPENDENTE PUBBLICO: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

MALATTIA: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

MALATTIE GRAVI: le seguenti Malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

MASSIMALE: somma fino a concorrenza della quale le Compagnie prestano le garanzie assicurative previste dal Contratto per ciascun Sinistro.

MODULO DI ADESIONE: il modulo allegato alla documentazione contrattuale della carta di credito che deve essere compilato e sottoscritto dal potenziale Assicurato che intende aderire alle coperture assicurative proposte dalle Compagnie tramite la Contraente.

NON LAVORATORE: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro

stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

PERDITA D'IMPIEGO: la perdita del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

POLIZZA/POLIZZE: la polizza/le polizze collettive stipulata/stipulate dalla Contraente con le Compagnie.

PREMIO: la somma sostenuta dall'Assicurato quale corrispettivo della copertura assicurativa prestata.

RICOVERO OSPEDALIERO: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo gli schemi predisposti dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CHE OFFRE LE COPERTURE CASO MORTE ED INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

1. Informazioni generali

- Denominazione, forma giuridica ed eventuale gruppo assicurativo di appartenenza
CNP BARCLAYS VIDA Y PENSIONES COMPANIA DE SEGUROS S.A. ("CNP BARCLAYS VIDA") è una società di diritto spagnolo costituita in forma di Sociedad Anonima, equivalente a una società per azioni di diritto italiano appartenente al gruppo Assicurativo CNP Assurances.
- Indirizzo della sede legale e della direzione generale, se diverso, comprensivo dell'indicazione dello Stato
La sede legale di CNP BARCLAYS VIDA è in Plaza Colon n. 2 - 28046 Madrid, Spagna.
- Indirizzo della sede secondaria con cui sarà concluso il Contratto
Il presente Contratto sarà concluso con CNP BARCLAYS VIDA, rappresentanza generale per l'Italia, con sede in Via Arconati n.1, 20135 - Milano, Italia, iscritta al Reg. Imprese di Milano ed avente RIVA 06884980969
- Recapito telefonico, sito internet e indirizzo di posta elettronica
Il telefono di CNP BARCLAYS VIDA è 800.005.616, sito internet www.cnpbvp.eu; posta elettronica infovita@cnpbvp.eu.
- Estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio e numero di iscrizione all'albo delle Compagnie di assicurazione
CNP BARCLAYS VI DA è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione al N. 1.00084 in data 20 gennaio 2010 ed è autorizzata all'esercizio del ramo I (assicurazione sulla durata della vita umana). La Compagnia opera in Italia in regime di stabilimento ed è soggetta alla vigilanza dell'autorità spagnola ("Ministero de Economia y Hacienda - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones"- "DGSFP").

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia, è pari a 140 milioni di Euro, di cui 25,6 milioni di Euro di capitale sociale e 114,4 milioni di Euro di riserve patrimoniali totali. L'indice di solvibilità della Compagnia riferito alla gestione vita è pari a 2,83, intendendosi per tale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

A bis. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE CHE OFFRE LE COPERTURE DEI RAMI DANNI (coperture per il caso di Malattia Grave, Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero)

1. Informazioni generali

- Denominazione, forma giuridica ed eventuale gruppo assicurativo di appartenenza
CNP VIDA de Seguros y Reaseguros S.A. ("CNP VIDA") è una società di diritto spagnolo costituita in forma di Sociedad Anonima, equivalente a una società per azioni di diritto italiano, appartenente al Gruppo Assicurativo CNP Assurances.
- Indirizzo della sede legale e della direzione generale, se diverso, comprensivo dell'indicazione dello Stato
La sede legale di CNP VIDA è in Calle Ochandiano n. 10, 28023, MADRID, Spagna.
- Recapito telefonico, sito internet e indirizzo di posta elettronica
Il telefono di CNP VIDA è 0034.90288.2289, sito internet www.cnpvida.es; posta elettronica infovita@cnpbvp.eu.
- Estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio e numero di iscrizione all'albo delle Compagnie di assicurazione
CNP VIDA è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 11.01011 in data 20 ottobre 2009 ed è autorizzata in Italia all'esercizio dei rami I (assicurazioni sulla durata della vita umana) e 16 (Perdite pecuniarie di vario genere, inclusi rischi relativi all'occupazione). La Compagnia opera in Italia in regime di libera prestazione di servizi ed è soggetta alla vigilanza dell'autorità spagnola ("Ministero de Economia y Hacienda - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones"- "DGSFP").

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia, è pari a 151,1 milioni di Euro, di cui 93,8 milioni di Euro di capitale sociale e 57,3 milioni di Euro di riserve patrimoniali totali. L'indice di solvibilità della Compagnia riferito alla gestione danni è pari a 6,02, intendendosi per tale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

1. Coperture assicurative

Il presente Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione assicurativa in caso di morte dell'Assicurato offerta da CNP BARCLAYS VIDA;
- Prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente offerta da CNP BARCLAYS VIDA;
- Prestazioni per il caso di Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro, Ricovero Ospedaliero offerte da CNP VIDA.

Si rinvia all'articolo 10.1 (a) delle Condizioni Generali di Assicurazione per una descrizione più dettagliata delle prestazioni in caso di Decesso e all'articolo 6 per le cause di esclusione.

Si rinvia all'articolo 10.1 lettere (b), (c), (d), (e) e (f) delle Condizioni Generali di Assicurazione per una più dettagliata illustrazione del contenuto delle suddette coperture assicurative diverse dalla copertura caso morte di cui alla precedente lettera a).

Avvertenza: Le coperture assicurative sopra indicate sono soggette a limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo a una riduzione o a un mancato pagamento dell'indennizzo. **Avvertenza:** Il presente Contratto prevede i massimali e le franchigie di cui agli articoli 5 e 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

2. Limiti di età

L'Assicurato non potrà avere più di 61 anni al momento della conclusione del Contratto e cesserà al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, come meglio indicato all'articolo 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: si rinvia all'articolo 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione per maggiori dettagli sui periodi di Carenza contrattuale.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza: si ricorda che eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa, come meglio illustrati all'articolo 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Si rinvia all'articolo 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione per ciò che attiene le cause di annullabilità e risoluzione del presente Contratto.

5. Premio

A fronte delle prestazioni previste dal Contratto è prevista la corresponsione di Premi Ricorrenti mensili, l'importo dei quali corrisponde a una percentuale del debito residuo mensile maturato dall'Assicurato nei confronti del Contraente in relazione all'utilizzo della Carta. Il tasso di Premio è pari allo 0,40% del debito residuo mensile indicato nell'estratto conto della Carta inviato dalla Contraente all'Assicurato. L'ammontare di ciascun Premio lordo mensile è ottenuto moltiplicando il suddetto tasso di premio per l'importo del debito residuo mensile della Carta. L'importo del premio è incluso nella rata di rimborso addebitata mensilmente all'Assicurato, secondo i termini e le modalità che regolano l'utilizzo della Carta.

5.1. Sintesi dei Costi sostenuti dall'Assicurato in percentuale sul premio lordo

	PERCENTUALE
COSTI AMMINISTRATIVI ¹ (COSTI DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE)	26,67%
COSTI DI ACQUISIZIONE (REMUNERAZIONE PER L'INTERMEDIARIO)	52,63%
¹ I COSTI AMMINISTRATIVI SONO INTERAMENTE TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA A FRONTE DELL'ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE E NON È PREVISTA LA RETROCESSIONE DI UNA QUOTA A FAVORE DELL'INTERMEDIARIO.	
La quota parte retrocessa in media all'Intermediario per il periodo di commercializzazione del prodotto, dal lancio nell'ottobre 2010, è stimata in € 2,11 su un premio medio di € 4,00.	

Esemplificazione dei Costi sostenuti dall'Assicurato in caso di saldo mensile derivante dall'utilizzo della Carta pari a 1.000€

Premio lordo 0,40% : 4,00 €

Costi Amministrativi 26,67%: 1,07 €

Costi di Acquisizione (quota di premio retrocessa alla Banca) 52,63%: 2,11 €

6. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il presente Contratto non prevede l'adeguamento delle somme assicurate né del premio pagato.

7. Diritto di recesso e di risoluzione del Contratto

Avvertenza: il presente Contratto prevede il diritto di recesso per l'Assicurato entro 30 (trenta) giorni dalla data di conclusione del Contratto, oppure, se più favorevole all'Assicurato, dalla data di addebito del primo Premio, che può essere esercitato mediante comunicazione telefonica al n. 02.69.430.152 ovvero mediante raccomandata con ricevuta di ritorno inviata alla Compagnia ai sensi del paragrafo 12 della presente Nota Informativa. Si rinvia all'articolo 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto e per il rimborso del premio all'Assicurato. Decorso tale termine per il recesso, l'Assicurato ha in ogni caso la facoltà di recedere da tutte le coperture assicurative previste dal presente Contratto in qualsiasi momento, inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo di cui al successivo articolo 16 o anche mediante comunicazione telefonica al numero 02.69.430.152 con un preavviso di almeno 30 giorni. Il recesso ha effetto a partire dalle ore 24.00 del giorno di emissione dell'estratto conto della Carta dell'Assicurato successivo al preavviso.

8. Prescrizione dei diritti derivanti dal Contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Agli importi dovuti al Beneficiario del Contratto che non sono reclamati entro il termine di 2 anni dal verificarsi del Sinistro si applicherà la disciplina in materia di rapporti dormienti di cui alla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

C. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del Contratto

Si rinvia all'articolo 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del Contratto e per la decorrenza delle coperture assicurative.

10. Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riduzione e di riscatto. Non è prevista la facoltà di riattivare il Contratto.

11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo - Documentazione da consegnare alle Compagnie per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

Avvertenza: si prega di leggere con attenzione le previsioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative all'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro. Si rinvia all'articolo 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione per maggiori informazioni sulle procedure liquidative e la documentazione che l'Assicurato, i suoi aventi causa o la Contraente sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione di prestazioni o di indennizzi da parte delle Compagnie. In ogni caso il pagamento delle prestazioni e dell'Indennizzo avverrà entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della denuncia di Sinistro corredata di tutta la documentazione richiesta e indicata nelle Condizioni Generali di Assicurazione che dovrà essere inviata all'indirizzo indicato al successivo paragrafo 12 della presente Nota Informativa. Si ricorda che il diritto dell'Assicurato/Contraente alle prestazioni previste dal Contratto si prescrive in due anni dal giorno in cui si verifica il fatto su cui si fonda il diritto.

12. Comunicazioni

Le comunicazioni telefoniche previste da parte dell'Assicurato ai sensi del presente contratto (ivi inclusa a titolo esemplificativo la comunicazione per esercitare il diritto di recesso) andranno effettuate al n. 02.69.430.152.

Le comunicazioni scritte di cui al presente Contratto, ivi inclusi, a titolo esemplificativo, le comunicazioni di recesso, e richieste delle prestazioni e degli indennizzi previsti dal Contratto dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

CNP BARCLAYS VIDA

Rappresentanza Generale per l'Italia Via Arconati, 1

20135 - Milano Italia

CNP Barclays Vida, Rappresentanza Generale per l'Italia provvedere ad inoltrare senza indugio alla sede di CNP Vida in Spagna ogni comunicazione così ricevuta e riguardante il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle coperture assicurative per il caso di Malattia Grave, Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero.

13. Legge applicabile al Contratto

Il presente Contratto è regolato dalla legge italiana.

14. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto e ogni documento a esso allegato sono redatti in lingua italiana.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

CNP BARCLAYS VIDA

Rappresentanza Generale per l'Italia

Ufficio Reclami

Via Arconati n. 1 20135 MILANO

Fax: 02.36.66.99.99

E mail: reclami@cnpbvp.eu

CNP Barclays Vida, Rappresentanza Generale per l'Italia provvederà ad inoltrare senza indugio alla sede di CNP Vida in Spagna ogni reclamo così ricevuto e riguardante il rapporto contrattuale relativo alle coperture assicurative per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Nell'ipotesi di cui sopra, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi al "Comisionado para la Defensa del Asegurado" (Commissario per la difesa dell'assicurato) presso la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, correlando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Si ricorda che per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16. Regime fiscale

Le imposte e le tasse relative al presente Contratto sono a carico dell'Assicurato.

16.1 Tassazione delle somme assicurate in relazione alla copertura caso morte. Le somme corrisposte in caso di decesso sono esenti da imposta sulle persone fisiche.

16.2 Imposta sui premi. La porzione di premio relativa alla copertura caso morte è esente dall'imposta sulle assicurazioni, mentre la porzione di premio relativa alle altre coperture diverse dal caso morte sono soggette all'imposta sui premi ai sensi della legge 1261/1961.

16.3 Detraibilità fiscale dei premi. Le assicurazioni per il caso di morte da qualsiasi causa derivante da diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal soggetto che sostiene l'onere economico connesso al pagamento del premio (l'Assicurato in tal caso) alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

17. Conflitto di interessi

Le Compagnie potrebbero versare in situazioni di conflitto di interesse in ragione dei rapporti di gruppo o di affari propri o di società del gruppo. In ogni caso le Compagnie, pur in presenza di conflitti di interesse, opereranno in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato e ottenere il miglior risultato possibile.

CNP BARCLAYS VIDA e CNP VIDA sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale



Arcadio Pasqual
(firma autografa)
(CNP BARCLAYS VIDA)

Il rappresentante legale



Francesc Rabassa Montesinos
(firma autografa)
(CNP VIDA)

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

• ART. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO

- 1.1 Le Compagnie si obbligano, nei limiti e alle condizioni qui di seguito stabilite, a offrire all'Assicurato, le seguenti coperture assicurative: (a) Decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa; (b) Invalità Totale e Permanente dell'Assicurato; (c) Malattia Grave, a condizione che al momento del Sinistro, l'Assicurato sia un Non Lavoratore; (d) Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, a condizione che al momento del Sinistro l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico; (e) Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato; (f) Perdita di Impiego, per l'Assicurato, che, al momento del Sinistro, sia Lavoratore Dipendente Privato.
- 1.2 Le coperture assicurative relative a Decesso e Invalità Totale e Permanente sono offerte da CNP BARCLAYS VIDA mentre le coperture assicurative per Perdita di Impiego, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero sono offerte da CNP VIDA.
- 1.3 Le coperture sopra elencate sono offerte dalle Compagnie senza limiti territoriali e congiuntamente agli Aderenti che abbiano aderito alla proposta assicurativa mediante compilazione e sottoscrizione del Modulo di Adesione in occasione della stipula del contratto relativo alla carta di credito.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

• ART. 2 COPERTURA DEL RISCHIO

- 2.1 Sono assicurabili gli Aderenti che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non abbiano un'età superiore al 61 ° anno.

• ART. 3 DECORRENZA E DURATA

- 3.1 Salvo quanto previsto ai successivi Artt.10.1 (d), (e) e (f), il presente Contratto sarà efficace a partire dalle ore 24.00 del giorno del primo utilizzo della carta di credito in abbinamento alla quale le coperture assicurative sono offerte, a condizione che l'Aderente abbia aderito alle coperture assicurative mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione in occasione della stipula del contratto relativo alla carta di credito "Data di Decorrenza".
- 3.2 Il Contratto cesserà al verificarsi di una delle seguenti cause: (a) alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato perda la titolarità della Carta; (b) alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di validità delle Polizze collettive sottoscritte tra le Compagnie e la Contraente; (c) alla fine del 65° anno di età compiuto da parte dell'Assicurato; (d) in caso di pagamento da parte delle Compagnie al Beneficiario di un Indennizzo per i Sinistri relativi alle coperture di Decesso, Invalità Totale e Permanente e Malattia Grave; (e) nell'ipotesi di esercizio del diritto di recesso dell'Assicurato di cui all'art.8.

• ART. 4 CARENZA

- 4.1 Il Contratto prevede i seguenti periodi di Carenza per le coperture assicurative qui di seguito indicate: (a) Perdita di Impiego: non verrà corrisposto alcun Indennizzo nel caso in cui sia notificata la Perdita di Impiego per giustificato Motivo Oggettivo entro 180 giorni dalla Data di Decorrenza; (b) Malattia Grave: non verrà corrisposto alcun Indennizzo qualora il Sinistro avvenga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza; (c) Ricovero Ospedaliero: non verrà corrisposto alcun Indennizzo qualora il Sinistro avvenga entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza per i sinistri conseguenti a malattia.

ESEMPIO:

- a. La carenza è il periodo successivo alla decorrenza del contratto durante il quale le garanzie non sono operative. Pertanto il Sinistro per Malattia Grave verificatosi nei primi 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza non darà diritto al pagamento di alcuna indennità: ad esempio se la data di decorrenza della copertura è il 10/12/2010 la prima data utile che darà diritto alla copertura è il 10/03/2011
- b. Il sinistro per Ricovero Ospedaliero verificatosi nei primi 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura non darà diritto al pagamento di alcuna indennità; ad esempio se la data di decorrenza è il 10/12/2010 la prima data utile che darà diritto alla copertura è il 10/01/2011.

• ART. 5 MASSIMALI

- 5.1 Le Compagnie si obbligano a corrispondere l'Indennizzo previsto per ciascun Assicurato entro i seguenti Massimali: (a) € 5.000,00, per le coperture di Decesso, Invalità Totale e Permanente e Malattia Grave; (b) € 300,00 per ogni importo mensile dell'indennizzo dovuto per le coperture di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero. L'Indennizzo è limitato a un massimo di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e un massimo di 36 mensilità per la durata della copertura; (c) € 300,00 per ogni importo mensile dell'indennizzo dovuto per la copertura di Perdita di Impiego. L'Indennizzo è limitato a un massimo di 6 Indennizzi mensili per Sinistro e un massimo di 18 mensilità per la durata della copertura.

ESEMPIO:

- a. Nell'ipotesi di debito residuo pari a € 5.000,00 al momento del Sinistro l'intero importo del debito residuo è coperto dall'assicurazione in caso di Sinistro per Decesso, Invalità Totale e Permanente e Malattia Grave.
- b. Nel caso di Sinistro per Ricovero Ospedaliero l'assicurazione subentrerebbe nel pagamento di € 300,00 della rata mensile di rimborso scelta dall'assicurato per un massimo di 12 mesi a fronte di un singolo sinistro, e per un massimo di 36 mensilità per l'intera durata della copertura.

• ART. 6 FRANCHIGIE

- 6.1 Il Contratto prevede l'applicazione di franchigie per le coperture assicurative qui di seguito riportate: a) Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: non verrà liquidato alcun indennizzo per i primi 60 giorni di durata del Sinistro. Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa subisca – prima che siano trascorsi 60 giorni della suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia; b) Ricovero Ospedaliero: non verrà liquidato alcun indennizzo per i primi 7 giorni di durata del Sinistro; c) Perdita d'Impiego: non verrà liquidato alcun indennizzo per i primi 60 giorni di durata del Sinistro.

ESEMPIO:

- a. La franchigia è un importo, una percentuale o un periodo iniziale fisso che non viene conteggiato al fine dell'indennizzo. Nel caso di sinistro per Perdita di Impiego con decorrenza 10/12/2010 non verrà pagato alcun indennizzo per i primi 60 giorni di durata della Perdita d'Impiego, ovvero fino al 10/02/2011, solo a partire dal 61° giorno di durata del Sinistro, ovvero dal 11/02/2011, potrà essere pagata un'indennità mensile pari al 10% del debito residuo risultante al momento del sinistro (ovvero al 10/12/2010).
Nel caso di sinistro per Ricovero Ospedaliero con decorrenza 10/01/2011 non verrà pagato alcun indennizzo per i primi 7 giorni consecutivi di durata. Ricovero Ospedaliero, ovvero fino al 16/01/2011, solo a partire dal 8° giorno di durata del Sinistro, ovvero dal 17/01/2011, potrà essere pagata un'indennità mensile pari al 10% del debito residuo risultante al momento del sinistro (ovvero al 10/01/2011).

• ART. 7 ESCLUSIONI

- 7.1 Tutte le coperture di cui al presente Contratto saranno escluse al verificarsi di uno dei seguenti eventi: a) dolo dell'Assicurato, dell'Aderente, della Contraente ovvero del Beneficiario; b) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio; c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla Data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico; d) Infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; f) Infortuni già verificatisi e Malattie note o diagnosticate alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze; g) Infortuni e Malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche; h) Infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche; i) Infortuni e Malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere; j) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.
- 7.2 In aggiunta a quanto sopra, per la sola copertura relativa alla Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro: k) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza; per la sola copertura relativa alla Perdita d'Impiego: l) licenziamenti dovuti a "giusta causa"; m) dimissioni; n) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari; o) licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti; p) cessazioni, alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente; q) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano; r) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia"; s) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza; t) messa in Mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di Mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia; u) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria. Per la sola copertura relativa al ris-

chio Ricovero Ospedaliero, in aggiunta a quanto previsto dalle lettere a) e k): v) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche; w) ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza; aborto volontario non terapeutico; x) ricoveri dovuti ad infertilità, sterilità, checkup di medicina preventiva.

• ART. 8 RECESSO

- 8.1 L'Assicurato avrà il diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di addebito del primo Premio, o dalla data di conclusione del Contratto, se più favorevole all'Assicurato, dandone comunicazione telefonica alla Contraente al numero 02.69.430.152 oppure tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare all'indirizzo di cui al successivo articolo 16.
- 8.2 Qualora l'Assicurato avesse già corrisposto il Premio, le Compagnie provvederanno al rimborso dell'importo del medesimo per il tramite della Contraente nel termine di 15 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al netto della parte relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.
- 8.3 Decorso tale termine per il recesso, l'Assicurato ha in ogni caso la facoltà di recedere da tutte le coperture assicurative previste dal presente Contratto in qualsiasi momento, inviando una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo di cui al successivo articolo 16 o anche mediante comunicazione telefonica al numero 02.69.430.152 con un preavviso di almeno 30 giorni. Il recesso ha effetto a partire dalle ore 24.00 del giorno di emissione dell'estratto conto della Carta dell'Assicurato successivo al preavviso.

• ART. 9 PREMIO

- 9.1 A fronte delle prestazioni previste dal Contratto è prevista la corresponsione di Premi Ricorrenti mensili, l'importo dei quali corrisponde a una percentuale del debito residuo mensile maturato dall'Assicurato nei confronti del Contraente in relazione all'utilizzo della Carta. Il tasso di Premio è pari allo 0,40% del debito residuo mensile indicato nell'estratto conto della Carta inviato dalla Contraente all'Assicurato. L'ammontare di ciascun Premio lordo mensile è ottenuto moltiplicando il suddetto tasso di premio per l'importo del debito residuo mensile della Carta. L'importo del premio è incluso nella rata di rimborso addebitata mensilmente all'Assicurato, secondo i termini e le modalità che regolano l'utilizzo della Carta.

• ART. 10 PRESTAZIONI ASSICURATE

- 10.1 Le prestazioni delle Compagnie sono le seguenti: **(a) in caso di Decesso** Sarà liquidato un importo pari al debito residuo derivante dall'utilizzo della Carta alla data del Decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute o interessi di mora, **(b) in caso di Invalidità Totale e Permanente** Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia, di grado non inferiore al 66%. Il grado di Invalidità Permanente e Totale viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel TU. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni. In tal caso sarà liquidato un importo pari al saldo a debito residuo derivante dall'utilizzo della Carta al momento del Sinistro, al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso Sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza ed esclusi eventuali importi di rate insolute o interessi di mora. Come data di Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento e in caso di Malattia la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale, **(c) in caso di Malattia Grave applicabile solo ai NON LAVORATORI** Il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave quando presenti le seguenti caratteristiche: - **ICTUS**: Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente. - **CANCRO**: Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno; - **ATTACCO CARDIACO**: Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori: • anamnesi di precordialgia tipica; • nuove alterazioni elettrocardiografiche; • aumento degli enzimi cardiaci. - **PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO**: Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser; - **INSUFFICIENZA RENALE**: Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale; - **TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI**: L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

La copertura è soggetta a un periodo di Carenza di 90 giorni. Sarà liquidato un importo pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data di Sinistro, escluse eventuali rate insolute. Come data di Sinistro si intende la data di prima diagnosi, **(d) in caso di Ricovero Ospedaliero** Il rischio assicurato è il Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia. La copertura è sottoposta ad un periodo di Franchigia di 7 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero. La copertura è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 30 giorni per i Sinistri conseguenti a Malattia. Pertanto, in caso di Sinistro conseguente a Ricovero Ospedaliero avvenuto entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, non sarà corrisposto alcun Indennizzo. Dopo un periodo di Ricovero Ospedaliero protrattosi ininterrottamente per oltre 7 giorni, sarà liquidato un Indennizzo mensile pari al 10% del debito residuo derivante dall'utilizzo della Carta al momento del Sinistro. Successivamente dopo ogni periodo di trenta giorni consecutivi di Ricovero, sarà liquidato un ulteriore importo pari all'Indennizzo. La copertura di Ricovero Ospedaliero non potrà sommarsi alla copertura di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, **(e) in caso di Perdita di Impiego (applicabile solo ai LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI CHE ABBIANO SUPERATO IL PERIODO DI PROVA E RISULTINO ASSUNTI DA ALMENO 6 MESI)** Il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo". La copertura è sottoposta ad un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità). La copertura è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 180 giorni. Dopo il periodo di Franchigia sopra indicato, sarà liquidato un Indennizzo mensile pari al 10% del saldo a debito residuo derivante dall'utilizzo della Carta al momento del Sinistro per ogni rata in scadenza durante il periodo di disoccupazione, fino all'azzeramento del debito residuo stesso. Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'Indennizzo non sarà più dovuto. Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al primo periodo del presente articolo, **(f) in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro (applicabile solo ai LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI O AI LAVORATORI AUTONOMI)** Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di Infortunio o Malattia. La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di Franchigia di 60 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di Ricovero Ospedaliero. Dopo il periodo di Franchigia sopra indicato, sarà liquidato un Indennizzo mensile pari al 10% del debito residuo derivante dall'utilizzo della Carta al momento del Sinistro per ogni rata in scadenza durante il periodo di Inabilità, fino all'azzeramento del debito residuo stesso. Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di Franchigia.

• ART. 11 BENEFICIARI

- 11.1 Per tutte le coperture previste dal Contratto Beneficiario è la Contraente. Gli importi liquidati a titolo di indennizzo saranno computati dalla Contraente a credito sul conto Carta dell'Assicurato al fine di ridurre o estinguere il suo debito derivante dall'utilizzo della Carta.

• ART. 12 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- 12.1 I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto come indicato al successivo articolo 16. L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800.005.616. L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alle Compagnie tutta la documentazione richiesta da queste ultime necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'indennizzo come di seguito indicati. In ogni caso, le Compagnie si riservano la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici. I documenti da consegnare alle Compagnie e necessari per ciascuna garanzia assicurativa prevista dal Contratto sono i seguenti (salvo integrazione richiesta dalle Compagnie): (i) Decesso: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica; in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia; copia autenticata del testamento o dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi, (ii) Invalidità Totale e Permanente: certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale, (iii) Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: dichiarazione del medico curante e, in caso di Ricovero Ospedaliero, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica, (iv) Malattia Grave: dichiarazione del medico curante assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto, (v) Perdita d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.
- 12.2 L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre: - sciogliere da ogni riserbo i medici curanti; - consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie, il costo delle quali sarà a totale carico delle medesime.
- 12.3 Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento da parte delle Compagnie di tutta la documentazione richiesta.
- 12.4 Le Compagnie si impegnano a liquidare il Sinistro a seguito della ricezione della documentazione completa richiesta per ciascun Sinistro entro e non oltre 30 giorni dalla ricezione.

•ART. 13 RECLAMI

13.1 Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle coperture oggetto della presente dovranno essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

CNP BARCLAYS VIDA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Reclami
Via Arconati n. 1 20135 MILANO
Fax: 02.36.66.99.99
E mail: reclami@cnpbvp.eu

13.2 CNP Barclays Vida, Rappresentanza Generale per l'Italia provvederà ad inoltrare senza indugio alla sede di CNP Vida in Spagna eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle coperture assicurative per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero.

13.3 Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21,00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

13.4 Nell'ipotesi di cui sopra, l'esponente ha altresì la facoltà di rivolgersi al "Comisionado para la Defensa del Asegurado" (Commissario per la difesa dell'assicurato) presso la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, corredando l'esposto con la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia

13.5 Si ricorda che per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

• ART. 14 DICHIARAZIONI RELATIVE AL RISCHIO

14.1 Ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le dichiarazioni inesatte e/o reticenti dell'Aderente e/o dell'Assicurato sono causa di annullamento del presente Contratto e/o legittimano le Compagnie a recedere dal medesimo.

• ART. 15 LEGGE APPLICABILE

15.1 Al contratto si applica la legge italiana.

• ART. 16 COMUNICAZIONI

16.1 Le comunicazioni telefoniche per esercitare il diritto di recesso andranno effettuate al n. 02.69.430.152.

16.2 Le comunicazioni scritte di cui al presente Contratto, ivi inclusi, a titolo esemplificativo, le comunicazioni di recesso, e richieste delle prestazioni e degli indennizzi previsti dal Contratto dovranno essere fatte a mezzo di raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

CNP BARCLAYS VIDA
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Arconati, 1 20135-Milano
Italia

CNP Barclays Vida, Rappresentanza Generale per l'Italia provvederà ad inoltrare senza indugio alla sede di CNP Vida in Spagna eventuali comunicazioni, ivi incluse dichiarazioni di recesso, richieste di indennizzo o reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle coperture assicurative per il caso di Malattia Grave, Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero. Le comunicazioni fatte all'indirizzo sopra indicato si intenderanno infatti validamente effettuate anche nei confronti della Compagnia CNP VIDA. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato.

• ART. 17 CESSIONE DEI DIRITTI

17.1 L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi ovvero vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente Contratto.

• ART. 18 FORO COMPETENTE

18.1 Per ogni controversia è competente in via esclusiva il Foro del luogo in cui l'Assicurato è residente o ha il proprio domicilio abituale.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'Assicurato acquisiti direttamente o per il tramite terzi, anche in corso di Contratto, saranno utilizzati dalla compagnia di assicurazione CNP BARCLAYS VIDA e CNP VIDA, in qualità di titolare autonomo del trattamento dei dati, al solo fine di fornire i servizi, le coperture e procedere al pagamento degli Indennizzi in caso di Sinistro, ai sensi del Contratto.

Per le finalità sopra indicate, la Compagnia sopra menzionata potrebbe richiedere di comunicare dati sensibili (quali, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie al Contratto (ed. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di Sinistri).

La richiesta dei dati personali risulta infatti necessaria per il perseguimento delle suddette finalità, rispetto alle quali, in assenza di tali dati, la Compagnia non sarebbe in grado di eseguire le obbligazioni di cui al presente Contratto. I dati personali, inclusi quelli sensibili, saranno utilizzati unicamente ed esclusivamente da personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità sopra descritte. Alcuni dati potrebbero essere comunicati a: (i) società del gruppo della compagnia e a società di fiducia della compagnia, che svolgono per conto della stessa attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici associativi del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto.

Taluni dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del gruppo della compagnia situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A, qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei Sinistri.

Si invita pertanto l'Assicurato a rilasciare alla compagnia sopra indicata il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati sensibili eventualmente forniti. L'Assicurato potrà in ogni momento consultare i propri dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003), rivolgendosi all'Assicuratore.

6. DISPOSIZIONI COMUNI

6.1 RECLAMI: eventuali reclami relativi alle coperture assicurative e ai servizi sopra descritti potranno essere indirizzati alla Compagnia fornitrice, agli indirizzi indicati nelle rispettive sezioni. In caso di insoddisfacente o mancato riscontro entro 45 giorni, il titolare può rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, allegando la relativa documentazione.

6.2 LEGGE APPLICABILE: tutti i rapporti contrattuali di cui sopra sono soggetti alla legge ed alla giurisdizione italiana.

6.3 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: il trattamento dei dati è effettuato dalle Compagnie nei limiti strettamente necessari per fornire le prestazioni contrattuali previste, anche in base al consenso prestato dal titolare sulla base dell'informativa contenuta in altra parte del modulo.