SET INFORMATIVO

CPI PRESTITI PERSONALI NEW

(Credit Protection a premio unico – Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa per i casi di Decesso – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia – Malattia Grave – Perdita di Impiego)

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Danni
  Ed. 18.12.2020;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
  Ed. 18.12.2020;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Multirischi
  Ed. 18.12.2020;
- Condizioni di Assicurazione Danni, comprensive del glossario
  Ed. 18.12.2020;
- Condizioni di Assicurazione Vita, comprensive del glossario
  Ed. 18.12.2020;
- Facsimile del Modulo di Proposta
  Ed. 18.12.2020.

Il presente prodotto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari

Edizione aggiornata al 18/12/2020

Contratto di assicurazione del credito

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni **Prodotto: "CPI Prestiti Personali New - Danni"**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, stipulata in forma collettiva con BCC Credito al Consumo tutela le persone fisiche che hanno sottoscritto un Finanziamento in caso di Infortuni, Malattia e Perdite pecuniarie.

Che cosa è assicurato?

✓ **Coperture assicurative:** la polizza, a seconda dell'occupazione dell'Assicurato alla data di sottoscrizione, prevede un indennizzo in caso di sinistro, per:

- ✓ Inabilità Totale Temporanea da infortunio o da malattia: se l'Assicurato è un Lavoratore Autonomo;
- ✓ Perdita di Impiego Involontaria: se l'Assicurato è un lavoratore dipendente di Ente privato o di Ente Pubblico.
- ✓ Malattia grave: se l'Assicurato è Non Lavoratore;
- ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia ≥ 66%: per tutti gli Assicurati.

Pertanto, a seconda dell'occupazione dell'Assicurato, le coperture sono prestate nei seguenti pacchetti:

Pacchetto Lavoratore Autonomo:
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia maggiore o uguale al 66%.
- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o da Malattia;

Pacchetto Lavorative dipendente pubblico o privato:
- Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 66%;
- Perdita di Impiego Involontaria;

Pacchetto Non lavoratore:
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia maggiore o uguale al 66%;
- Malattia grave;

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: Euro 80.000,00;
- in caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia: Euro 1.600,00 mensili, col limite di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 36 indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto;
- in caso di Malattia Grave: indennizzo in unica soluzione pari a 12 rate mensili di importo pari a Euro 1.600,00; sono indennizzabili fino a 3 malattie gravi (36 rate protette);
- in caso di Perdita di Impiego: Euro 1.600,00 col limite di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 36 indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche che:

- ✗ Non abbiano sottoscritto il contratto di finanziamento con il BCC Credito al Consumo e non abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla copertura assicurativa in oggetto;
- ✗ Non siano di età non inferiore ai 18 anni né superiore ai 74 anni (non compiuti) al momento della sottoscrizione del Finanziamento, fermo restando che l'età massima a scadenza del Finanziamento è di 75 anni (non compiuti);
- ✗ Se Lavoratori dipendenti di Ente Privato o di Ente Pubblico, non svolgano un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;
- ✗ Non abbiano risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto il questionario sanitario fornito dalla Compagnia per importi finanziati maggiori o uguali a 15.000 euro;
- ✗ Non abbiano il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009 non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Ci sono limitazioni alla copertura?

Limitazioni di garanzia delle sezioni:

- ! Per ciascuna sezione sono stabilite specifiche esclusioni di garanzia.
- ! La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate indicate in polizza e con i limiti massimi di indennizzo e le franchigie previsti per le singole garanzie.

Ulteriori limitazioni sono indicate nel DIP Aggiuntivo.

Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego Involontaria, Malattia grave: la copertura vale nella Repubblica Italiana.
- ✓ Invalidità Totale Permanente: la copertura non ha limiti territoriali.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa.
- L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio: gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
- Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia. Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio, ove non comunicate alla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti.

Quando e come devo pagare?

L'Assicurato deve versare il premio unico anticipato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il premio è determinato in relazione all'occupazione dell'Assicurato, all'età assicurativa, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura, alle garanzie prestate e alla durata del finanziamento. L'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del Finanziamento.

- L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è erogata a favore dell'assicurato la somma oggetto di finanziamento, sempre che a tale data sia stato pagato il premio dovuto, fino alla fine del contratto di finanziamento.
- L'assicurazione ha durata minima pari a 10 mesi e durata massima pari a 120 mesi (inclusivi di un eventuale pre-ammortamento). Il contratto ha durata poliennale.
- Le garanzie prevedono alcuni periodi di inoperatività ("periodi di carenza"), per il cui dettaglio si rinvia al DIP Aggiuntivo.
- Le garanzie cessano alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
  - Scadenza originaria del contratto di finanziamento;
  - Esercizio del diritto di recesso;
  - Liquidazione da parte della Compagnia dell'indennizzo previsto per il caso di decesso o invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato;
  - In caso di perdita di impiego, al raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
  - Estinzione anticipata, rinegoziazione o trasferimento del finanziamento originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione;
  - Comunicazione da parte dell'Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi.

Come posso cancellare il contratto?

L'Assicurato può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo, da inviarsi:

- entro 60 giorni dalla data di decorrenza;
- dopo 5 anni di copertura completa, ovvero dopo che siano state pagate almeno 5 annualità, con effetto dalla data di ricevimento della comunicazione. In tal caso la Compagna restituisce all'Aderente la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

BCC Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) - Tel. +39 02 46 62 75 - bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P.IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230
Codice Fiscale n. 02652360237 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona.
www.bccassicurazioni.com

Assicurazione temporanea in caso di morte a premio unico e a capitale decrescente

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

%IssuerCDSTicker%

Prodotto: CPI Prestiti Personali New (4C45U)

Data di aggiornamento: 18/12/2020 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte da infortunio o da malattia per i sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento in forma di Prestito. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alla copertura del rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia (solo per lavoratori autonomi), Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti di Enti Privati e lavoratori dipendenti di Enti Pubblici) e Malattia Grave (solo per non lavoratori), prestate da BCC Assicurazioni S.p.A.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

- ✓ Sono assicurabili i contratti di Finanziamento in forma di prestito stipulati con l'Intermediario.
  - ✓ **Prestazione in caso di decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato.
- ✓ **Capitale Assicurato:**
  - ✓ Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Finanziamento stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato stesso.
  - ✓ Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €.

Che cosa NON è assicurato?

- × La copertura assicurativa non può avere una durata minima inferiore a 10 mesi e superiore a 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.
- × Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Ci sono limiti di copertura?

È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:

- ! Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! Partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- ! Guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- ! Suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- ! Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ! Abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- ! Pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! Volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;

! Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
! Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
! Svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

! Sono previste condizioni di Carenza. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.

Dove vale la copertura?

✓ Non vi sono limiti territoriali alla copertura.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- L'adesione all'Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione – per finanziamenti di importo maggiore o uguale a 15.000,00 euro – del Questionario Sanitario (in caso di più finanziamenti stipulati dall'Assicurato, si prenderà come riferimento il loro cumulo).
- L'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di Adesione. Nel caso di mancata sottoscrizione della documentazione richiesta il contratto non produrrà effetti.
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:
- Trasferimento di domicilio/sede dell'Aderente/Assicurato in uno stato estero;
- Trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
- Modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.

Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
- Il premio unico e anticipato è sempre finanziato e verrà corrisposto alla Società dal Contraente in nome e per conto dell'Assicurato.
- Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale iniziale assicurato e alla durata della copertura assicurativa.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La durata dell'assicurazione relativa all' Assicurato che aderirà alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento.
- L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso a ciascun Assicurato, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
- Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, produrrà i propri effetti dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
- La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
  - Della data di scadenza del singolo Contratto di Finanziamento;
  - Della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
  - In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale del finanziamento originariamente stipulato;
  - Della data di pagamento del capitale assicurato da parte di BCC Assicurazioni S.p.A con riferimento alla copertura assicurativa per il caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia o per il caso di malattia grave collegata alla sottoscrizione del modulo di adesione del presente contratto.

- Il Contraente, l'Aderente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/il domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

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

- L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.
- Il recesso si esercita mediante fax al numero fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
- La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 della data di esercizio del diritto di recesso.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

- Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

Assicurazione del credito

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

BCC Vita S.p.A. (Ramo Vita) - BCC Assicurazioni S.p.A. (Rami Danni)

Prodotto: CPI Prestiti Personali New (4C45U)

Data di aggiornamento: 18/12/2020 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Imprese:

Per l'Assicurazione Vita: BCC Vita S.p.A. – Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Tel. 02466275; Sito internet: www.bccvita.it; E-mail: info@bccvita.bcc.it; PEC: bccvita@pec.gruppocattolica.it.
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002; Iscrizione all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00143.

Per l'Assicurazione Danni: BCC Assicurazioni S.p.A - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Telefono 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; email: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia; Tel. 02466275; sito internet: www.bccvita.it; e-mail: info@bccvita.bcc.it; PEC: bccvita@pec.gruppocattolica.it;
BCC Vita S.p.A è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002; Iscrizione all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00143.

BCC Assicurazioni S.p.A. (Gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.
BCC Assicurazioni S.p.A. ,Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

BCC VITA S.p.A.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 201 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 117 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 73 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 33 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 187 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 180 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,55 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.bccvita.it

BCC ASSICURAZIONI

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 11,2 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,4 milioni di euro – le perdite portate a nuovo sono pari a 4,1 milioni);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 8,2 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;

- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 13,9 milioni di euro **(b);**
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 13,7 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,70 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=55859&i_menuID=54511

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

A ciascun Assicurato, le garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, dove l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o da Malattia, la Perdita di Impiego, la Malattia Grave e l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da malattia sono garanzie appartenenti al ramo Danni, prestate dalla Compagnia BCC Assicurazioni S.p.A, mentre il Decesso è una garanzia di ramo vita, prestata dalla Compagnia BCC Vita S.p.A.

Ramo Vita:

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni:

- Il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.
- In caso di estinzioni parziali del Contratto di Finanziamento che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, il capitale assicurato è conseguentemente ridotto.
- Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:
  - Dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
  - Maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.
- Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.
- Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia Malattia Grave (pari a 12 rate in un'unica soluzione) e il Decesso sia avvenuto entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del debito residuo saranno dedotte le rate già corrisposte per la Malattia Grave in riferimento al medesimo periodo temporale.

Rami Danni:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

- L'indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Perdita di Impiego

- L'indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
- In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine naturale di scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo all'originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione.

Malattia Grave

- L'indennizzo corrisposto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
- Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia

- L'indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
- Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità

Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di due mesi di interessi.
- Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.
- Qualora sia già stato liquidato un Indennizzo per Malattia Grave, pari a 12 Rate in un'unica soluzione e l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del Debito Residuo saranno dedotte le Rate già corrisposte in riferimento alla Malattia Grave e al medesimo periodo temporale.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita:

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni:

Condizioni di carenza:

- Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.
- Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 30 giorni dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:
  - Di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
  - Di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
  - Di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rami Danni:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove l'Inabilità Totale Temporanea sia causata da o conseguente da:

- malattie tropicali o epidemiche;
- etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da infortunio dell'Assicurato;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :

- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica,

sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbia o carattere ricreativo.

Per ogni sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Perdita di Impiego Involontaria
Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- alla Disoccupazione faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;
- al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.
- la Disoccupazione è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
- la Disoccupazione è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;
- l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- 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.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni. Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

Malattia Grave
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:
- malattie tropicali o epidemiche;
- etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:

- interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;
- lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi. Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

- malattie tropicali o epidemiche;
- etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
- Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare
- lo svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
- Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano,
- volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** **Ramo Vita:** al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti: **In caso di decesso:** • Richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto; • Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale

di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;

- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - In presenza di testamento:
    - Nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - Nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    - L'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  - In assenza di testamento:
    - Le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

      Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

- In caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
- Una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

La Compagnia potrà richiedere una comunicazione dell'Intermediario indicante il debito residuo (comprensivo del dettaglio dell'eventuale calcolo degli interessi) al momento del decesso dell'assicurato unitamente al piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al verificarsi dell'evento.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Rami Danni: in caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o il Contraente, e devono inoltrarlo alla Società: BCC Assicurazioni S.p.A c/o IN.SE.CO. S.r.l.-Gruppo MOL, Via Volta, 5/4 – 48018 Faenza (RA) tramite raccomandata A/R nei tempi di cui sopra unitamente alla documentazione richiesta.
In alternativa la documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo: sinistri.cattolica@legalmail.it numero telefonico: 02.83440579 e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

La società potrà in ogni momento richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP)

- Copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- Relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;
- Ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta;
- Copia del Piano di Ammortamento.

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

- Copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;
- Certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- I successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- Ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Perdita di Impiego (PI)

- Copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- Copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- Copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- Attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.

Malattia Grave (MG)

- Copia di un documento di identità;
- Attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- Ogni documentazione inerente il sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

L'Assicurato, i suoi familiari ed eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari ed eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.
Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Prescrizione:

Ramo Vita: i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Rami Danni: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

Liquidazione della prestazione:

Ramo Vita: Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare. Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia

medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato su quanto sopra riportato affinché sia cura porre i Beneficiari designati nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dalla Compagnia.

Rami Danni:

- Se l'Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia di sinistro in tutte le sue parti e allegato tutta la documentazione richiesta la Compagnia/Società fiduciaria provvederà, entro 30 giorni, alternativamente a:
  - Emettere il pagamento;
  - Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.
- Se l''Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia sinistro privo della documentazione richiesta la Compagnia/Società fiduciaria entro 10 giorni richiederà i documenti mancanti con lettera di integrazione documentale. Al ricevimento dei documenti la Compagnia/Società Fiduciaria provvederà, entro 30 giorni, alternativamente a:
  - Emettere il pagamento;
  - Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.

Resta inteso che:

- La Compagnia ha diritto di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato chela Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'Assicurazione;
- La Compagnia ha diritto di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa da quella di cui al punto precedente.
- Nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la Scadenza del Periodo di Assicurazione.

Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Inabilità Totale Temporanea:**
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace.

Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Perdita di Impiego**
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore autonomo Dipendente di Ente Pubblico o Privato e che sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza pari a 90 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace.

Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Malattia Grave**
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Non Lavoratore e che sia Non Lavoratore alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base:

- Il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
- Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi indicate in Polizza.

	Condizioni per la liquidazione del Sinistro per il caso di **Invalidità Totale Permanente** La Società liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo a condizione che, in aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace.
	Gestione da parte di altre imprese: Società Fiduciaria: dopo aver ricevuto il modulo di denuncia di sinistro la Compagnia o una Società fiduciaria incaricata alla gestione, verifica il nominativo dell'Assicurato e la regolarità amministrativa della polizza. Alla fine di queste preliminari attività la Compagnia/Società Fiduciaria incaricata della gestione registra la denuncia e contestualmente assegna alla pratica un numero di sinistro. Il numero di sinistro è utile in tutte le comunicazioni dalla Compagnia/Società Fiduciaria all'Assicurato e dall'Assicurato alla Compagnia/Società Fiduciaria.
	Assistenza diretta/in convenzione: non presente
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • Di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • Di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • Di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • Di trattenere il premio. HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • Di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Quando e come devo pagare?

Premio

Ramo Vita: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Rami Danni:

- Ciascun Assicurato paga solo il premio relativo alle coperture a lui prestate in base al suo effettivo status occupazionale;
- L'importo di premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella tabella sotto riportata, moltiplicato per l'intera durata del Finanziamento:

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo Mensile
Lavoratore Autonomo	0,030%
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	0,055%
Non Lavoratore	0,049%

- Lo sconto applicato al tasso corrisponde all'1%
- Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato: trattenuta all'erogazione.

Rimborso

Ramo Vita:

Estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento: in caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del finanziamento le Coperture Assicurative vengono commisurate al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.

L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti:

	quella relativa al premio puro (riferito all'importo versato per l'estinzione parziale) e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento. • L'importo del premio puro (riferito all'importo versato per l'estinzione parziale) da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita all'importo versato per l'estinzione parziale del contratto di finanziamento, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. • La Compagnia provvede anche restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra. Dall'importo di rimborso determinato sono sottratte le spese amministrative pari a € 25.00. Qualora l'importo risulti inferiore a € 25,00 non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste. In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria del Contratto di Finanziamento. Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Finanziamento: in caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente, la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente. L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio. • L'importo del premio puro da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al capitale assicurato residuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. • La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferita all'importo di premio di cui sopra. Dall'importo di rimborso determinato sono sottratte spese amministrative pari a € 25,00. Previa autorizzazione da parte del Contraente la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto. In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento. **Rami Danni:** • Rimborso del Premio per estinzione anticipata Totale del Finanziamento: in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento presso altro istituto, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi – quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi). A tale risultato vengono sottratte le spese di rimborso, come indicate nel Modulo di Adesione. • Rimborso del Premio per estinzione anticipata Parziale del Finanziamento: in caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, la Compagnia restituisce all'Aderente la quota parte di Premio Unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/Rata Protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale. L'importo da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al Capitale versato per l'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione. Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a €25,00. Qualora il premio da rimborsare risultasse inferiore all'ammontare complessivo delle spese amministrative, non sarà previsto alcun rimborso da parte della Compagnia e la copertura assicurativa rimarrà attiva fino alla scadenza originariamente prevista e commisurata all'originario piano di ammortamento.
Sconti	**Ramo Vita:** non sono previsti sconti. **Rami Danni:** il contratto ha duratura poliennale ed è previsto uno sconto sul premio come previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile.

	A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di recesso, non può recedere dal contratto per i primi 5 anni di durata contrattuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Ramo Vita:** il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti. Tale durata comprende: • Il periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi; • Lo sblocco successivo dei fondi; • Il periodo di attesa di sblocco dei fondi. In caso di estinzione (parziale o totale) o trasferimento del finanziamento, nel caso in cui l'Assicurato abbia chiesto la continuazione della copertura assicurativa, la durata di questa resta commisurata all'originario piano di ammortamento. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia. **Rami Danni:** **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. E' previsto un periodo di carenza pari a 30 giorni. **Perdita di Impiego** Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni. E' previsto un periodo di carenza pari a 90 giorni. **Malattia Grave** Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Malattia Grave, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi. Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave. E' previsto un periodo di carenza pari a 30 giorni. **Invalidità Totale Permanente da Malattia** E' previsto un periodo di carenza pari a 30 giorni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.

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

Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Recesso	**Ramo Vita:** L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A.. Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso dal Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Il premio assicurativo del presente contratto è finanziato, per cui la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato.

	L'assicurato ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Non sono previste spese ammnistrative a carico dell'Assicurato. **Rami Danni:** l'Assicurato può recede dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A/R, o altro mezzo idoneo, direttamente alla Compagnia o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano. Mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero verde: 800.471800. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine verrà considerata comunque valida. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, senza applicare alcun onere a carico di quest'ultimo. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia. L'assicurato ha diritto di recedere entro 60 giorni sostituendo la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27) e ha diritto al rimborso del premio (ovvero nel caso in cui il premio sia stato finanziato, alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Non sono previste spese amministrative a carico dell'Assicurato. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca di Credito Cooperativo o direttamente all'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. L'Assicurato ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità. Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero Verde: 800.471800. Il diritto di recesso può essere esercitato soltanto nel caso in cui siano trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta. Trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta la Compagnia provvederà alla restituzione all'Assicurato della parte di premio Danni, pagato e relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Risoluzione	Non sono previsti casi di risoluzione.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a:

- Coloro che abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'intermediario, abbiano un'età compresa tra 18 e 74 anni e vogliano coprirsi dal rischio di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego involontaria, Malattia Grave, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia ≥66% e dal rischio di Morte.

Ramo Vita e Danni: Sono assicurabili le persone fisiche che:

- Abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'Intermediario;
- Abbiano un'età alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni non compiuti;
- Abbiano un'età alla scadenza della copertura assicurativa, non superiore ad anni 75 non compiuti per la garanzia per il caso di morte.



Quali costi devo sostenere?

Ramo Vita:

- **Costi gravanti sul premio:**
  I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.
  I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue:

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	55,50% del premio unico

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro di spese amministrative dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

- **Costi per il riscatto**
  Non è previsto il riscatto.
- **Costi per l'erogazione della rendita**
  Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.
- **Costi per l'esercizio delle opzioni:**
  Non sono presenti opzioni contrattuali
- **Costi di intermediazione**
  Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
95,50% del premio unico

- **Costi dei PPI:**
  Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

Rami Danni:

- **Costi gravanti sul premio:** I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto. I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue:

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	66,00% del premio unico

- **Costi di intermediazione**
  Nella tabella di seguito riportata è data evidenza della quota parte percepita in media dagli intermediari:

Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
69,7%

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

Valori di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	**Ramo Vita:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail reclami@bccvita.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento. **Rami Danni:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni – Società Cooperativa – Servizio Reclami di gruppo Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia). Fax: 02.21072280 e.mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro

	45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impesa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Ramo Vita:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante. **Rami Danni:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante. **Inabilità Totale Temporanea** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata dell'Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Malattia Grave** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Invalidità Totale Permanente** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di

	legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Ramo Vita:** Imposta sui premi I premi sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Tassazione delle somme assicurate Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. **Rami Danni:** I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2.5%. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.

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

LA COMPAGNIA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

CPI Prestiti Personali New

Convenzione Collettiva Numero: **81080530000103**

Prestazioni assicurate da:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della documentazione contrattuale unitamente a:

- **il Documento Informativo Precontrattuale relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni);**
- **il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita);**
- **il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Aggiuntivo Multirischi);**
- **il Modulo di Proposta.**

Indice

Glossario .....

Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione **1**

Art 1 Oggetto dell'assicurazione 1
Art 2 Persone assicurabili 2
Art 3 Beneficiario della prestazione 3
Art 4 Decorrenza e durata della copertura assicurativa 3
Art 5 Rimborso del premio 3
Art 6 Cessazione, annullamento delle garanzie 5
Art 7 Diritto di recesso 5
Art 8 Premio 7
Art 9 Mezzi di pagamento del premio 8
Art 10 Costi gravanti sul premio 8
Art 11 Regime fiscale 8
Art 12 Aggravamento o diminuzione del rischio – Modifica della posizione lavorativa 8
Art 13 Obblighi delle parti 9
Art 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 9
Art 15 Altre assicurazioni 10
Art 16 Colpa grave, tumulti 10
Art 17 Limiti territoriali dell'assicurazione 10
Art 18 Diritto di surroga 10
Art 19 Rinvio alle norme di legge.....10
Art 20 Comunicazioni 10
Art 21 Cessione dei diritti 11
Art 22 Reclami 11
Art 23 Foro competente 11
Art 24 Allegati 11

Sezione A – Assicurazione InabilitàTemporanea da Infortunio o Malattia..... 12

Capitolo 1: Cosa è assicurato 12

Art 25 Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea 12
Art 26 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Inabilità Totale Temporanea 12

Capitolo 2: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 12

Art 27 Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale 12

Sezione B – Perdita di impiego 14

Capitolo 1: Cosa è assicurato 14

Art 28 Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego 14
Art 29 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Perdita di Impiego 14

Capitolo 2: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 15

Art 30 Esclusioni per il caso di Perdita di Impiego 15

Sezione C – Assicurazione Malattia Grave..... 16

Capitolo 1: Cosa è assicurato 16

Art 31 Indennizzo per il caso di Malattia Grave 16
Art 32 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Malattia Grave 16

Capitolo 2: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 17

Art 33 Esclusioni per il caso di Malattia Grave 17

Sezione D – Assicurazione Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia 19

Capitolo 1: Cosa è assicurato 19

Art 34 Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente 19
Art 35 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Invalidità Totale Permanente 19

Capitolo 2: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 20

Art 36 Esclusioni per il caso di Invalidità Totale Permanente 20

Cosa fare in caso di sinistro 21

Art 37 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 21

Capitolo 1:Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia – Che obblighi ho? 22

Art 38 Documenti da inviare in caso di sinistro 22
Art 39 Denunce successive 22
Art 40 Controversie.....23

Capitolo 2: Perdita di Impiego – Che obblighi ho? 23

Art 41 Documenti da inviare in caso di sinistro 23
Art 42 Denunce successive.....23

Capitolo 3: Malattia Grave – Che obblighi ho? 23

Art 43 Documenti da inviare in caso di sinistro 23
Art 44 Denunce successive.....23
Art 45 Controversie.....24

Capitolo 4: Invalidità Totale Permenente da Infortunio o Malattia – Che obblighi ho? 24

Art 46 Documenti da inviare in caso di sinistro 24
Art 47 Controversie.....24

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato: La persona fisica in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto di Finanziamento con il Contraente, sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti di assicurabilità previsti dal presente contratto di assicurazione.

Assicurazione: La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Beneficiario: Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Contraente: **BCC CreditoConsumo S.p.A** , che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti.

Contratto/Finanziamento: Il Contratto con il quale il Contraente concede in prestito una somma predeterminata di importo massimo pari a **Euro 80.000,00**, che dovrà essere restituita alla Finanziaria secondo un piano di ammortamento predeterminato, inclusivo di un eventuale pre-ammortamento, e di durata complessiva compresa tra i 10 e i 120 mesi (inclusivo di un eventuale periodo di pre-ammortamento), e in relazione al quale la Società concede l'Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Data Iniziale: Le ore 24.00 del giorno in cui è erogata a favore dell'Assicurato la somma oggetto del Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

Decorrenza: Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Età Assicurativa: L'età dell'Assicurato, espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Inabilità Totale Temporanea: La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente, l'Inabilità Totale Temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. i colpi di sole o di calore;
6. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
7. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Intermediario Collocatore: La Banca di Credito Cooperativo che distribuisce la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: BCC CreditoConsumo S.p.A**.**

Invalidità totale permanente da Infortunio o Malattia
La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 66% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". **Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.**

Istituto di Cura
Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. **Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

Lavoratore Autonomo:
la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato:
la persona fisica che presti 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, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Lavoratore Dipendente Pubblico:
la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, a tempo indeterminato o determinato, 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, i lavoratori nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L. 70/1975.

Malattia:
Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave:
I casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo.

Massimale:
Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione:
La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla presente Convenzione Assicurativa Collettiva.

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.

Normale Attività Lavorativa: : L'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Perdita di Impiego: Lo stato dell'Assicurato, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, qualora egli:

a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
b) sia iscritto negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Periodo di Assicurazione: Il periodo di vigenza di ciascuna Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione, determinato ai sensi dell'Art.. 4.

Periodo di Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.

Periodo di Franchigia Assoluta: Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa: Periodo di tempo nel quale deve protrarsi il Sinistro, indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione: Periodo di tempo successivo alla cessazione della liquidazioni di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Malattia Grave, liquidabile ai sensi del contratto di assicurazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Malattia Grave.

Polizza: Il presente documento, che contiene la disciplina del contratto di assicurazione.

Premio La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che l'Assicurato deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Rata Protetta: L'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e ivi indicato. L'importo protetto della rata rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del finanziamento da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto della naturale variazione del criterio di indicizzazione, qualora il finanziamento sia a tasso indicizzato e non fisso o eventualmente del concorrere di altre variabili descritte nel contratto di finanziamento medesimo.

Sinistro: Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: BCC Assicurazioni S.p.A., Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124. Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In base alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

- **INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O DA MALATTIA** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo – *Cfr. Sezione A delle Condizioni Particolari*;
- **PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA**– qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico – *Cfr Sezione B delle Condizioni Particolari;*
- **MALATTIA GRAVE** –qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore – *Cfr. Sezione C delle Condizioni Particolari*;
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 66% (*) -** qualunque sia l'Attività Lavorativa dell'Assicurato **-***Cfr. Sezione D delle Condizioni Particolari*;

Pertanto, a seconda dello status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture Danni prestate a ciascun Assicurato sono le seguenti:

Lavoratore Autonomo:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia** **Decesso**

Lavoratore Dipendente Pubblico o Privato:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Perdita di Impiego** **Decesso**

Non Lavoratore

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Malattia Grave** **Decesso**

(*) - Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o di malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa

generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

All'Assicurato sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono al suo effettivo status occupazionale, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Assicurato, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture a lui prestate in base al suo effettivo status occupazionale.
In caso di cambiamento di status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 12.

A ciascun Assicurato, le predette garanzie sono offerte congiuntamente, come parte di un unico pacchetto assicurativo, dove l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o da Malattia, la Perdita di Impiego, la Malattia Grave e l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia sono garanzie appartenenti al ramo Danni, prestate dalla Compagnia **BCC Assicurazioni S.p.A** e disciplinate nel presente Set Informativo, mentre il Decesso è una garanzia di ramo vita, prestata dalla compagnia **BCC Vita S.p.A..** La garanzia Decesso è disciplinata nell'apposita sezione Ramo Vita del presente Set Informativo.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento con il Contraente e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;

2. sia di età non inferiore ai 18 anni né superiore ai 74 anni (non compiuti) al momento della sottoscrizione del Finanziamento, fermo restando che l'età massima a scadenza del Finanziamento è di 75 anni (non compiuti);

3. qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di ente Pubblico: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;

4. **Per importi finanziati < € 15.000**: la Compagnia ritiene di non procedere con alcuna valutazione dello stato di salute della persona assicurabile mediante questionario e di conseguenza la Compagnia non prevede nessuna esclusione di garanzia connessa ad eventuali patologie pregresse.

5. **Per importi finanziati ≥ € 15.000**: la persona fisica che abbia risposto correttamente a tutte le domande e sottoscritto il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

   In caso di più finanziamenti stipulati dallo stesso Assicurato si prenderà come riferimento l'importo del loro cumulo.

   ATTENZIONE **- Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**
   - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
   - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009 non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego e Malattia Grave, Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data il Contraente abbia adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.

L'Assicurazione ha durata pari a quella del Contratto di Finanziamento, secondo l'originale piano di ammortamento, con una durata minima pari a 10 mesi ed una durata massima pari a 120 mesi (inclusivo di un eventuale pre-ammortamento).

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo Art. 8 – PREMIO.

A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di Recesso di cui all'Art 7, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Art. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO

5.1 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata TOTALE del finanziamento

In caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento presso altro Istituto, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

A tale risultato vengono sottratte le spese di rimborso, così come indicate nel Modulo di Adesione.

$$R = P * MR/D - Sp$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Prestito	06/09/2010
Data Scadenza Prestito	06/09/2015
Data Estinzione Prestito	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34
Spese di Rimborso	25,00€

R = 1000 * 34/60 - 25,00€
R = 566,67 – 25,00
R = 541,67

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Assicurato, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Finanziamento collegato è stato estinto, rinegoziato o trasferito. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

5.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento
In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, la Compagnia restituisce all'Aderente la quota parte di Premio Unico pagato e non goduto (al netto delle imposte) e la polizza rimane in essere per i valori di capitale/rata protetta corrispondenti a quanto ancora in ammortamento dopo l'operazione di estinzione anticipata parziale.

L'importo da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al Capitale versato per l'estinzione parziale del Contratto di Finanziamento e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione

PARTE DI PREMIO DANNI - Formula di Rimborso

L'importo da restituire si determina:

$$R = P * \alpha * MR/D - Sp$$

Dove:

R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
α=percentuale di capitale rimborsato (0;100%)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Dal premio determinato con la regola sopra riportata andranno sottratte le spese amministrative di rimborso pari a **€ 25,00**.

Qualora il premio da rimborsare risultasse inferiore all'ammontare complessivo delle spese amministrative, non sarà previsto alcun rimborso da parte della Compagnia e la

copertura assicurativa rimarrà attiva fino alla scadenza originariamente prevista e commisurata all'originario piano di ammortamento.

In alternativa a quanto sopra previsto la Compagnia, su richiesta esplicita dell'Aderente, mantiene attiva la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria, anche se il Finanziamento collegato è stato estinto parzialmente. In tal caso la copertura rimane commisurata all'originale piano di ammortamento.

Esempio:

Premio Imponibile (al netto delle imposte)	€ 1000,00
% capitale rimborsato	50%
Durata Totale in mesi	120
Mesi di copertura residui	60
Spese di Rimborso	€ 25,00

R = 1000 * (50%*60/120)- 25

R = € 225,00

Art. 6 – CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. scadenza originaria del Contratto di Finanziamento;

2. esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 7;

3. liquidazione, da parte della Compagnia, dell'Indennizzo previsto per il caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia dell'Assicurato.

4. Per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;

5. in caso di estinzione anticipata totale, rinegoziazione o trasferimento del Finanziamento originariamente stipulato, salvo che l'Assicurato richieda la continuazione dell'assicurazione.

6. La comunicazione da parte dell'Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

ART. 7 – DIRITTO DI RECESSO

7.1 – Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo, direttamente alla Compagnia o alla Banca di Credito

Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca di Credito Cooperativo o direttamente dall'Assicurato, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Nel caso di recesso esercitato entro **30 giorni** dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale**,** la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato**, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed **entro 60** giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia**.

Il premio assicurativo del presente contratto è finanziato, per cui la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente.

7.2 – Recesso durante la vigenza del contratto - trascorsi 5 anni di copertura

L'Assicurato ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1, dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.
Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo:

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

Il diritto di recesso può essere esercitato soltanto nel caso in cui siano trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta.

7.3 – Rimborso del premio in caso di recesso trascorsi 5 anni di copertura

In caso di Recesso trascorsi i cinque anni di copertura assicurativa, la Compagnia restituisce al Debitore/Assicurato la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

PARTE DI PREMIO DANNI - Metodo di Rimborso su base Mensile
L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il Premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi).

$$R = P * MR/D$$

Dove:
R = premio da rimborsare
P = premio imponibile (al netto delle imposte)
MR = mesi residui di copertura
D = durata totale (in mesi) del finanziamento
Sp = spese di rimborso

Esempio:

Premio Imponibile	€ 1000,00
Data Inizio Finanziamento	06/09/2010
Data Scadenza Finanz.	06/09/2015
Data Estinzione Finanz.	25/11/2012
Durata Totale in mesi	60
Mesi di copertura trascorsi	26
Mesi di copertura residui	34

$$R = 1000 * 34/60$$
$$R = 566,67$$

ART. 8 – PREMIO
A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Premio unico e anticipato, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale finanziato del Contratto.

L'importo di Premio unico anticipato si ottiene applicando il Tasso di Premio Lordo Mensile, secondo quanto indicato nella Tabella sotto riportata, moltiplicato per l'intera durata del Finanziamento:

Status Occupazionale Assicurato	Tasso di Premio Lordo Mensile
Lavoratore Autonomo	**0,030%**
Lavoratore Dipendente Pubblico/Privato	**0,055%**
Non Lavoratore	**0,049%**

Il premio unico e anticipato è sempre finanziato e verrà corrisposto alla Società dal Contraente in nome e per conto dell'Assicurato.

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1%

Art. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Trattenuta all'erogazione: l'importo del premio è finanziato all'Assicurato dal Contraente e, a tal fine, viene sommato all'importo del finanziamento.

ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto.

I costi espliciti gravanti sul premio unico sono rappresentati nelle tabelle che seguono:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso DANNI	**Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi) - DANNI**
66,00%	69,7%

Il tasso di premio è espresso in % del Capitale Finanziato. La frazione di mese viene considerata un'intera mensilità.

A solo titolo esemplificativo la seguente Tabella è stata compilata considerando soltanto il Tasso mensile Lordo danni dello 0,055%.

Per il tasso danni è stato considerato, sempre a titolo esemplificativo lo Status Occupazionale di Lavoratore Dipendente e quindi la garanzia Perdita di Impiego:

Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 10.341,26
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	60 mesi
Premio Lordo Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 341,26**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 332,94**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto) - Danni	€ 219,74
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto) - Danni	€ 153,15

ART. 11 - REGIME FISCALE

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

ART. 12 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale originaria, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario.

Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 20 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

Nel caso in cui la modifica della condizione occupazionale (anche nel caso di diminuzione del rischio) dell'Assicurato benché comunicata sia tale da comportare una variazione dei presupposti in base ai quali la copertura era stata pattuita, la Società provvederà, a far data dal ricevimento della comunicazione, a risolvere il contratto (Parte Danni) e alla restituzione del relativo premio pagato e non goduto al netto delle imposte secondo le modalità previste all'Art. 5.

Art. 13 – OBBLIGHI DELLE PARTI
L'Intermediario collocatore si impegna a:

- **consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;**
- **fornire copia del Modulo di Adesione all'Assicurato;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;**
- **sottoporre all'Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile BCC Assicurazioni S.p.A;**
- **comunicare alla Compagnia tutte le date di estinzione anticipata dei finanziamenti a cui viene abbinata la presente copertura assicurativa.**

ART. 14 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- Di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- Di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- Di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- Di trattenere il premio.

HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- Di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 15 – **ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 16 – **COLPA GRAVE, TUMULTI**

A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 17 – **LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**

I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli. "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 27 "Esclusioni per il Caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia", Art. 30 "Esclusioni per il Caso di Perdita di Impiego", Art. 33 "Esclusioni per il Caso di Malattia Grave". Il rischio di Invalidità Totale Permanente è coperto senza limiti territoriali.

ART. 18 – **DIRITTO DI SURROGA**

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 19 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 20 – **COMUNICAZIONI**

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

ART. 21 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 22 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A.
- servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo –
Lungadige Cangrande, 16 . 37126 Verona (Italia)
Fax: 02/21072280
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 23 - FORO COMPETENTE
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 24 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

Sezione A
ASSICURAZIONE INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

ART. 25 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ' TOTALE TEMPORANEA
L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Per ciascun sinistro la Società liquiderà un **indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del periodo di assicurazione**.

L'Indennizzo massimo mensile per ogni Assicurato è di € 1.600,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

ART. 26 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Autonomo e che sia Lavoratore Autonomo alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui all'Art. 25, a condizione che:

1. **l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza** dell'Assicurazione;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. **il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'Art. 26;
4. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di all'Art. 27.

CAPITOLO 2 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 27 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

1. **malattie tropicali o epidemiche;**
2. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di**

prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

3. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
4. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da infortunio dell'Assicurato;**
5. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**
6. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
7. **guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**
8. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
9. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :

i. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**

ii. **le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;**

iii. **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;**

iv. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**

v. **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;**

vi. **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.**

Sezione B
ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e/o Privati

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

ART. 28 – **INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO**
L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protette, e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di Euro 1.600,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente **non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione.**

ART. 29 – **CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO**
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato e che sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Privato alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui all'Art.30, a condizione che:

1. **La Perdita di Impiego si sia verificata durante il periodo di vigenza** dell'Assicurazione;

2. **la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data di scadenza del Periodo di Carenza pari a 90 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'Art. 28;

3. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui all'Art. 30.

CAPITOLO 2 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 30 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Disoccupazione se:

- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
- **al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
- **alla Disoccupazione faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;**
- **al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;**
- **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;**
- **il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;**
- **il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.**
- **la Disoccupazione è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;**
- **la Disoccupazione è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;**
- **l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);**
- **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;**
- **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;**

Sezione C
ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai NON Lavoratori

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

ART. 31 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE
L'Indennizzo previsto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un Indennizzo pari a 12 Rate Protette, o il numero delle rate protette quante sono le rate mancanti alla scadenza del Finanziamento.

Sono indennizzabili sino a tre Malattie Gravi dell'Assicurato (36 Rate Protette), tra quelle elencate all'Art. 34, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

L'Indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato è di Euro 1.600,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 32 - CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE
Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Non Lavoratore e che sia Non Lavoratore alla data del Sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. **La Malattia Grave si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione**;
2. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 31;
4. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui all'Art. 33.
5. **Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi** definite successivamente:

1) <u>Tumore</u>
Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

2) Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare
Nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

3) Infarto Miocardico
Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
storia del dolore cardiaco tipico;
comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) Ictus cerebrale
Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) Insufficienza renale
Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.
E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

CAPITOLO 2 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. **malattie tropicali o epidemiche;**
ii. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
iii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
iv. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato**
v. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**
vi. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
vii. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**
viii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**

ix. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**

x. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**

xi. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**

xii. **le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;**

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:

i. **interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;**

ii. **lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;**

iii. **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**

iv. **Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.**

Sezione D
ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

ART. 34 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve al Contraente alla data della relazione del medico legale che attesti l'Invalidità Totale Permanente, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto e deducendo da tale importo le rate scadute ed eventualmente non pagate a tale data e gli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.

Gli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di due mesi di interessi.

Si precisa che il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato, è di Euro 80.000, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per Malattia Grave, pari a 12 Rate in un'unica soluzione, e l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del Debito Residuo saranno dedotte le Rate già corrisposte in riferimento alla Malattia Grave e al medesimo periodo temporale.

ART. 35 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE
La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 34, a condizione che:

1. **l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza** dell'Assicurazione;

2. **l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia** che l'hanno provocata;

3. in caso di Invalidità Totale Permanente **da Malattia**, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 30 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'Art. 34;

4. **la Società abbia accertato**, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, **l'effettivo diritto dell'Assicurato** a ricevere l'Indennizzo;

5. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui all'Art. 36.

CAPITOLO 2 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 36 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. **malattie tropicali o epidemiche;**

ii. **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**

iii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**

iv. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.**

v. **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**

vi. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**

vii. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**

viii. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**

ix. **Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;**

x. **Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare**

i. **lo svolgimento di una delle seguenti professioni: *collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose,controfigure, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.***

xi. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario**

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:

ii. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**

iii. **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano,**
volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;

iv. **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.**

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 37 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o l'Intermediario, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui al precedente punto 1., unitamente alla documentazione del successivo punto.

BCC Assicurazioni S.p.A.
c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Resta inoltre inteso che, ove anche un Sinistro si verifichi prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione qualora il relativo periodo di Franchigia Assoluta termini dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, per Perdita di Impiego o per Malattia Grave , nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

Le liquidazioni vengono effettuate entro 30 giorni dal perfezionamento e completamento dell'istruttoria. Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

CAPITOLO 1 – INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O DA MALATTIA – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 38 – DOCUMENTI DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO

- **copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;**
- **certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;**
- **i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.**

ART. 39 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni**, oppure a **90 giorni** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 40 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.
L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 2 – PERDITA DI IMPIEGO – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 41 – DOCUMENTI DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO
- **copia di un documento di identità;**
- **copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);**
- **copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;**
- **copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;**
- **attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.**

ART. 42 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.**

CAPITOLO 3 – MALATTIA GRAVE – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 43 – DOCUMENTI DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO
- **copia di un documento di identità;**
- **attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.**

ART. 44 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione di un Sinistro per Malattia Grave nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri per Malattia Grave se non sia trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi**.
Il Periodo di Riqualificazione decorre dalla data in cui, in base al piano di ammortamento del Finanziamento, è dovuta la dodicesima Rata indennizzata per Malattia Grave.

ART. 45 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 4 – INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA– CHE OBBLIGHI HO?

ART. 46 – DOCUMENTI DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO
- **copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;**
- **relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.**
- **Copia del Piano di Ammortamento**

ART. 47 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA
IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE
(CODICE TARIFFA 4C45U)

[Data di aggiornamento: 18/12/2020]

SEZIONE I) PRESTAZIONI ASSICURATIVE, DECORRENZA E DIRITTO DI RECESSO 2

ART. 1 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE. 2

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato. 2

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato. 2

ART. 2 – MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI. 3

ART. 3 – DIRITTO DI RECESSO. 3

SEZIONE II) PREMIO ASSICURATIVO ED ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO 3

ART. 4 – IL PREMIO. 3

4.1 - Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Finanziamento 3

SEZIONE III) CAPITALE ASSICURATO, ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA 7

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO 7

ART. 5 – CAPITALE ASSICURATO. 7

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA 7

ART. 6 – RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA. 7

SEZIONE IV) CESSAZIONE DELLA GARANZIA, COSTI, DURATA E REQUISITI SOGGETTIVI 8

ART. 7 – CESSAZIONE DELLA GARANZIA PER IL CASO DI MORTE. 8

ART. 8 – COSTI. 9

Art. 8.1 – Costi gravanti sul premio 9

Art. 8.1.2 – Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Finanziamento. 9

ART. 9 – REQUISITI SOGGETTIVI. 9

ART. 10 – DURATA. 10

ART. 11 – CONFLITTO DI INTERESSI. 10

SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI 11

ART. 12 – DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE. 11

ART. 13 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI. 12

SEZIONE VI) FISCALITA', PRESCRIZIONE E LEGGE APPLICABILE 12

ART. 14 – IMPOSTE E TASSE. 12

ART. 15 – FORO COMPETENTE. 12

ART. 16 – PRESCRIZIONE. 12

ART. 17 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO. 12

GLOSSARIO 13

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA
IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE
(CODICE TARIFFA 4C45U)

SEZIONE I) PRESTAZIONI ASSICURATIVE, DECORRENZA E DIRITTO DI RECESSO

Che tipo di assicurazione è?
È una polizza collettiva ad adesione facoltativa che copre il rischio di morte da infortunio o da malattia per i sottoscrittori di un Contratto di Finanziamento in forma di Prestito. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alla copertura del rischio di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia (solo per lavoratori autonomi), Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti di Enti Privati e lavoratori dipendenti di Enti Pubblici) e Malattia Grave (solo per non lavoratori), prestate da BCC Assicurazioni S.p.A.

ART. 1 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio unico, ad adesione facoltativa, a copertura dell'intera durata di un contratto di Finanziamento, in forma di prestito.

La Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 5.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato medesimo, questa si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la sottoscrizione - per finanziamenti di importo maggiore o uguale a 15.000,00 Euro - del Questionario Sanitario (in caso di più finanziamenti stipulati dallo stesso Assicurato, si prenderà come riferimento il loro cumulo).

Il presente contratto prevede una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 6.

Nel caso di mancata sottoscrizione della documentazione richiesta, il presente contratto non produrrà effetti.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 6, senza limiti territoriali e fatto salvo quanto previsto dall'art. 1926 cod. civ., sul cambiamento di professione dell'Assicurato.

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

Il presente contratto di assicurazione garantisce, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

ART. 2 – MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI.

Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella proposta di assicurazione.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.
Qualora il premio non venga versato, l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Adesione.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

ART. 3 – DIRITTO DI RECESSO.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione dello stesso.
Il recesso si esercita mediante fax al numero fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso dal Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.

I singoli Assicurati possono esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.
Il premio assicurativo del presente contratto è finanziato, per cui la Compagnia, per il tramite della Contraente, procederà, a ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata; in alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato effettuata al momento del recesso, il premio, potrà essere direttamente rimborsato allo stesso dalla Contraente.

SEZIONE II) PREMIO ASSICURATIVO ED ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

ART. 4 – IL PREMIO.

Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale iniziale assicurato e alla durata della copertura assicurativa.
Il premio unico e anticipato è sempre finanziato e verrà corrisposto alla Società dal Contraente in nome e per conto dell'Assicurato.
L'età dell'Assicurato, espressa in anni, è quella compiuta all'ultimo compleanno. **Qualora alla data di decorrenza siano trascorsi dall'ultimo compleanno sei mesi e un giorno o più, l'età computabile viene aumentata di un anno.**

4.1 - Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Finanziamento

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.

Estinzione anticipata parziale del Contratto di Finanziamento
In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato commisurando le Coperture Assicurative al nuovo importo del

finanziamento le Coperture Assicurative vengono commisurate al nuovo importo del finanziamento, calcolato diminuendo il debito residuo alla data dell'anticipata estinzione parziale dell'importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato.
L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro (*) e quella relativa ai costi gravanti sul premio di riferimento.

L'importo del premio puro (*) da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita all'importo versato per l'estinzione parziale del contratto di finanziamento, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

(*) Il premio puro è riferito all'importo versato per l'estinzione parziale.

La Compagnia provvede anche restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo da restituire si determina:

1. Calcolando il premio di riferimento come segue:
PVitaRif = CapVer * i

Dove:
PVitaRif = premio di riferimento
CapVer = importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale
Pvita = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari al premio unico versato dall'Assicurato
Capitale Assicurato Iniziale = importo indicato nel Modulo di Adesione e pari alla prestazione assicurata iniziale

2. Sommando i risultati delle seguenti formulazioni:
Rimborso del premio puro: PVitaRif * (1-H) * [(N-K)/N] * min[1; CapVerK/CapVer]
Rimborso dei costi: PVitaRif * H * [(N-K)/N]

Dove:
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione anticipata parziale del finanziamento
CapVerK = importo versato alla banca calcolato al mese K con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata del finanziamento.

Dall'importo di rimborso determinato con la modalità sopra riportata, sono sottratte le spese amministrative pari a € 25,00 così come previsto all'Art. 8.1.2. **Qualora l'importo risulti inferiore a € 25,00, non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimarrà commisurata alle condizioni previste.**

Per una maggiore comprensione, si riportano due esemplificazioni numeriche del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 50.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.350,00 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.350,00 / 50.000,00 = 0,0270
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 10.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 10.000,00 * 0,0270 = 270,00 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 270,00 Euro
H = 55,50%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
CapVerK (*) = 4.301,49 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 270,00 * (1- 55,50%) * [(60-36)/60] * min[1; 4.301,49 / 10.000,00] = 20,67 Euro
Rimborso dei costi: 270,00 * 55,50% * [(60-36)/60] = 59,94 Euro
Importo del premio da rimborsare = 20,67 + 59,94 – 25,00 = 55,61 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 5%.

Esempio n°2
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 50.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 1.350,00 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 1.350,00 / 50.000,00 = 0,0270
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 2.500,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 2.500,00 * 0,0270 = 67,50 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 67,50 Euro
H = 55,50%
N = 60 mesi
K = 36 mesi
CapVerK (*) = 1.075,37 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 67,50 * (1- 55,50%) * [(60-36)/60] * min[1; 1.075,37 / 2.500,00] = 5,17 Euro
Rimborso dei costi: 67,50 * 55,50% * [(60-36)/60] = 14,99 Euro
Importo del premio da rimborsare = 5,17 + 14,99 – 25,00 = - 4,84 Euro

Poiché l'importo di rimborso risulta inferiore alle spese amministrative previste; non sarà effettuato alcun pagamento all'Assicurato e la copertura assicurativa rimane commisurata alle condizioni in essere.

(*) calcolato con un TAN pari al 5%.

In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento, al netto di eventuali estinzioni parziali per le quali sia intervenuto il rimborso del premio, fino alla scadenza contrattuale originaria del Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento.

Estinzione anticipata totale o trasferimento del Contratto di Finanziamento
In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento (non successiva a liquidazione dell'Indennizzo per Morte o Invalidità Totale Permanente) ovvero nei casi in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente, la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà la parte di premio non goduto all'Assicurato e le Coperture Assicurative vengono estinte dalla data di anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento ovvero dalla data in cui sia venuto meno il rapporto obbligatorio tra l'Assicurato ed la Contraente.

L'importo che la Compagnia restituisce all'Assicurato è composto dalla somma di due componenti: quella relativa al premio puro e quella relativa ai costi gravanti sul premio.

L'importo del premio puro da rimborsare è funzione della parte di premio unico riferita al capitale assicurato residuo, del tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento e del periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La Compagnia provvede anche alla restituzione della parte dei costi riferiti all'importo di premio di cui sopra.

L'importo di tale rimborso si determina sommando i risultati delle seguenti formulazioni:

Rimborso dei costi: PVita * H * ((N-K) / N)

Rimborso del premio puro: PVita *(1-H)*((N-K)/N)* minimo valore tra 1 e CK/C0

Dove:
PVita = premio versato
H = costi sul premio
N = durata della copertura assicurativa espressa in mesi interi
K = mesi interi trascorsi dalla data di decorrenza alla data di estinzione del contratto di finanziamento
(N-K) = mesi mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione
C_K il debito residuo alla data di estinzione
C_0 il capitale assicurato iniziale

A tale somma viene sottratto un costo amministrativo di importo pari a **25,00** Euro.

Per una maggiore comprensione, si riporta una esemplificazione numerica del meccanismo di calcolo:

Esempio n°1
PVita = 1.350,00 Euro
H = 55,50%
N = 60 mesi
K = 12 mesi
C_K (*) =40.972,24 Euro
C_0 =50.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.350,00 * (1-55,50%) * [(60-12) / 60] * min (40.972,24 / 50.000,00; 1) = 393,83 Euro
Rimborso dei costi: 1.350,00 * 55,50% * [(60-12) / 60] = 599,40 Euro
Importo del premio da rimborsare = 393,83 + 599,40 - 25,00 = 968,23 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 5%.

Esempio n°2
PVita = 1.350,00 Euro
H = 55,50%
N = 60 mesi
K = 24 mesi
C_K (*) = 31.482,60 Euro
C_0 = 50.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro
Rimborso del premio puro: 1.350,00 * (1-55,50%) * [(60-24) / 60] * min (31.482,60 / 50.000,00; 1) = 226,96 Euro
Rimborso dei costi: 1.350,00 * 55,50%* [(60-24) / 60] = 449,55 Euro
Importo del premio da rimborsare = 226,96 + 449,55 - 25,00 = 651,51 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 5%.

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.
In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente, di mantenere in vigore le Coperture Assicurative commisurate agli importi dell'originario piano di ammortamento del finanziamento.
La Contraente dovrà inviare alla Compagnia comunicazione dell'anticipata estinzione del Contratto di Finanziamento o del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

SEZIONE III) CAPITALE ASSICURATO, ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 5 – CAPITALE ASSICURATO.

Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di Finanziamento stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo, quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato stesso.
Il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.

In caso di estinzioni parziali del Contratto di Finanziamento che hanno generato restituzioni di quote di premio unico pagato e non goduto all'Assicurato, il capitale assicurato è conseguentemente ridotto.

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:
- dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere maggiore di 80.000,00 €, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di Finanziamento della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia danni Malattia Grave (pari a 12 rate in un'unica soluzione) e il Decesso sia avvenuto entro 12 mesi dalla diagnosi della patologia, dal calcolo del debito residuo saranno dedotte le rate già corrisposte per la Malattia Grave in riferimento al medesimo periodo temporale.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 29 del 16/03/2009, non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide.

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 6 – RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA.

A. ESCLUSIONI
È esclusa dall'oggetto dell'Assicurazione la morte causata da:
a) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
c) guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
d) suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data Iniziale;
e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
f) abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
g) pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;

h) volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
i) infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
j) malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario
l) svolgimento di una delle seguenti professioni: collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi; cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

B. CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 30 giorni dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 30 giorni dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto a) – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

SEZIONE IV) CESSAZIONE DELLA GARANZIA, COSTI, DURATA E REQUISITI SOGGETTIVI

ART. 7 – CESSAZIONE DELLA GARANZIA PER IL CASO DI MORTE.

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scadenza del singolo Contratto di Finanziamento.
- esercizio del diritto di recesso;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte;
- trasferimento del domicilio dell'Aderente/Assicurato in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;
- in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento ove l'Assicurato riceva la restituzione della quota parte di premio pagato e non goduto e non richieda il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale) del finanziamento originariamente stipulato;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte di BCC Assicurazioni S.p.A. con riferimento alla copertura assicurativa per il caso di invalidità totale e permanente da infortunio o malattia o per il caso di malattia grave collegata alla sottoscrizione del modulo di adesione del presente contratto.

ART. 8 – COSTI.

Art. 8.1 – Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio unico corrisposto.

I costi gravanti sul premio unico sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Qualsiasi	55,50% del premio unico

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Art. 8.1.2 – Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Finanziamento

In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.

* * *

Nella Tabella B di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
95,50%

ART. 9 – REQUISITI SOGGETTIVI.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- **abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'Intermediario;**
- **abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni non compiuti;**
- **abbiano un'età(*), alla scadenza della copertura assicurativa, non superiore ad anni 75 non compiuti per la garanzia per il caso di morte.**
- **abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **abbiano sottoscritto, ove previsto, il Questionario Sanitario.**

(*) Per "età" si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Ai sensi dell'Art. 4 comma 2 del Regolamento IVASS n. 29 del 16/03/2009, **non è assicurabile dalla Società il rischio di natura esclusivamente finanziaria quando sia riferito ad operazioni di finanziamento o di provvista di mezzi finanziari non relativi all'acquisto di beni o servizi**; si precisa pertanto che il finanziamento sottoscritto non deve essere erogato per le finalità sopra menzionate, vale a dire **non deve essere erogato al mero fine di acquisire fondi o disponibilità liquide**.

Si precisa che l'Assicurato non deve svolgere una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:
A) Ha diritto, quando il contraente e/o l'assicurato ha agito con dolo o colpa grave:
– di impugnare il contratto, informandone il Contraente, dichiarando all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
– di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
– di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
– di trattenere il premio.

B) Ha diritto, quando il contraente e/o l'assicurato non ha agito con dolo o colpa grave:
– di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato, informandone il Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
– di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Il Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

ART. 10 – DURATA.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogante del finanziamento a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui al precedente Art. 9.

Il Contratto di Finanziamento di cui alla presente copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura per il caso morte pari a 75 anni non compiuti.
La durata dell'assicurazione comprende:
- l'eventuale periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi;
- lo sblocco successivo dei fondi;
- il periodo di attesa di sblocco dei fondi.

In caso di estinzione (parziale o totale) o trasferimento del finanziamento, nel caso in cui l'Assicurato abbia chiesto la continuazione della copertura assicurativa, la durata di questa resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

ART. 11 – CONFLITTO DI INTERESSI.

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.bccvita.it.
La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

SEZIONE V) COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

ART. 12 – DOCUMENTAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.
Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.
Il Contraente e/o l'Assicurato e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:
- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento:
- richiesta dell'Assicurato e, qualora richiesto dalla Compagnia, idonea documentazione che attesti l'estinzione anticipata o il trasferimento del finanziamento.

In caso di decesso:
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    - copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela o degli eredi testamentari.
  - in assenza di testamento:
    - le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia;
- una dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo alla data del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari

esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).
Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia potrà richiedere una comunicazione dell'Intermediario indicante il debito residuo (comprensivo del dettaglio dell'eventuale calcolo degli interessi) al momento del decesso dell'assicurato unitamente al piano di ammortamento contenente tutte le rate pagate fino al verificarsi dell'evento.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.

Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, **al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

ART. 13 – BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI.

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.
L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata, salvo il caso di rinuncia al potere di revoca da parte del contraente e relativa accettazione da parte del beneficiario, ai sensi dell'art. 1921 c.c.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

SEZIONE VI) FISCALITA', PRESCRIZIONE E LEGGE APPLICABILE

ART. 14 – IMPOSTE E TASSE.

Eventuali imposte e tasse relative al pagamento della prestazione sono a carico dei Beneficiari.

ART. 15 – FORO COMPETENTE.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 16 – PRESCRIZIONE.

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

ART. 17 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO.

Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.
Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:
   - ❖ cliente (contraente) ed eventuale esecutore,
   - ❖ beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa),
   - ❖ eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;

c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.

Aderente/Assicurato

Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di 2, in relazione alla quale la Compagnia concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, sia cliente della Banca e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicurazione

La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato o degli Assicurati che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dall'Assicurato e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale in caso di decesso

Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Capitale in caso di invalidità permanente totale

Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale che ha come conseguenza un'invalidità permanente totale dello stesso.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.

Contraente

Il soggetto che stipula Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Dip Vita; – Dip Aggiuntivo Multirischi; – Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
ISVAP	Vedi "IVASS"
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto da ciascuno degli Assicurati e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.

Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito. Data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, a condizione che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Premio puro	Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il contratto di assicurazione. E' la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Modulo di proposta
Garanzia Vita
CPI PRESTITI PERSONALI New

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponde le prestazioni specificate nel Set Informativo.

CONTRAENTE		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Sottogruppo	Ramo attività	
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
ASSICURANDO		
Soggetto indicato al momento della singola Adesione all'Assicurazione collettiva		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE		
Cognome e nome:	Codice fiscale:	
Comune di nascita:	Data di nascita:	Sesso:
Indirizzo:	Provincia:	C.A.P.
Comune:	CAB Comune	Cod. paese
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza	Scadenza	
Capitale assicurato:	Come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione	
Tipo di premio:	Unico	Premio versato: Determinato come disciplinato all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.		

Luogo e data:

BCC VITA S.p.A.
(timbro e firma leggibili)

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Facsimile

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE POLIZZA:

- **del Set Informativo.**

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

_____

Il Contraente si impegna a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

_____

AVVERTENZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.
A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni. Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza. Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. Il premio assicurativo del presente contratto è finanziato, per cui la Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato, tramite la Contraente, affinché la stessa provveda alla corrispondente riduzione della rata del finanziamento per effetto della restituzione del premio assicurativo.

L' Assicurato si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione Set Informativo consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data:

BCC VITA S.p.A.
(timbro e firma leggibili)

_____

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

_____

FAC SIMILE

Direzione Generale
Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano
telefono 02 466275 - fax 02 89078949
www.bccvita.it
e-mail: info@bccvita.bcc.it

Member of CISQ Federation
RINA
ISO 9001:2008
Sistema Qualità Certificato

Codice Modello n. 4C45U – Ultimo aggiornamento: 18/12/2020