SET INFORMATIVO

FORMULA PRESTITO AL SICURO 1.0

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Danni
  Ed. 06.10.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) Vita
  Ed. 06.10.2022;
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP) aggiuntivo Multirischi
  Ed. 06.10.2022;
- Condizioni di Assicurazione Danni, comprensive del glossario
  Ed. 06.10.2022;
- Condizioni di Assicurazione Vita, comprensive del glossario
  Ed. 06.10.2022;
- Facsimile del Modulo di Proposta
  Ed. 06.10.2022.

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 06/10/2022

Contratto di assicurazione del credito

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "Formula Prestito al Sicuro 1.0 - Danni"

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

Che tipo di assicurazione è?
Questa polizza, riservata ai correntisti della Banca di Credito Cooperativo titolari di un contratto di prestito, tutela l'Assicurato nel caso in cui si verifichi uno dei seguenti sinistri: Inabilità temporanea da Infortunio o Malattia, Malattia grave, Invalidità totale permanente da Infortunio Malattia ≥ 66%, Perdita di Impiego. È previsto inoltre un Servizio di Reinserimento professionale quale servizio accessorio alla garanzia Perdita di Impiego.

Che cosa è assicurato?

In relazione allo stato occupazionale dell'Assicurato le coperture sono le seguenti:

- ✓ **Invalidità totale permanente da Infortunio o Malattia ≥66%** (garanzia prevista per tutti gli status occupazionali): l'indennizzo previsto consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente, calcolato in riferimento al capitale assicurato inziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese (rata mensile costante posticipata);
- ✓ **Inabilità totale temporanea da Infortunio o Malattia** (riservata ai Lavoratori autonomi): l'Indennizzo previsto consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta nel caso di perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;
- ✓ **Malattia grave** (riservata ai Non Lavoratori, ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici, ai Lavoratore Dipendenti di Imprese Familiari, ai Key Man)**:** l'Indennizzo previsto consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta nel caso di insorgenza di una delle seguenti malattie: 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;
- ✓ **Perdita di impiego** (riservata ai Lavoratori Dipendenti di Enti Privati): l'indennizzo previsto consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta, scelta in fase di sottoscrizione;
- ✓ **Servizio di Reinserimento professionale** (riservata ai Lavoratori Dipendenti di Enti Privati)**:** automaticamente operante con la garanzia "Perdita di Impiego", mette a disposizione dell'Assicurato un "Programma di supporto alla ricollocazione" con l'obiettivo di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa, qualora si verifichi un sinistro per Perdita di Impiego.

La massima somma assicurabile è pari a:

- in caso Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Euro 80.000,00;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Perdita di Impiego: Euro 1.600,00 mensili, col limite di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata del Contratto.

Tali limiti sono da intendersi come massimali cumulativi per tutti i contratti che l'Aderente avesse contemporaneamente in corso con la Società stessa o altre Società controllate da Cattolica Assicurazioni.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche o, in caso di Aderente persona giuridica, le persone, che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- × non siano correntiste della Banca di Credito Cooperativo;
- × non abbiano sottoscritto il contratto di finanziamento con la Banca di Credito Cooperativo;
- × non abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla copertura;
- × non abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni alla sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- × alla data di scadenza della copertura risultino di età superiore a 75 anni;
- × per importi finanziati ≥ € 7.500 non abbiano risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il questionario sanitario (QS) fornito dalla Compagnia;
- × qualora siano Lavoratori Dipendenti di Enti Privati, svolgano un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;
- × svolgano (in caso di persone fisiche) o ricoprano un ruolo all'interno dell'Impresa Aderente che gli faccia svolgere (in caso di Impresa Aderente persona giuridica) 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;
- × non abbiano in Italia il domicilio 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 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.

In caso di Aderente persona giuridica, non sono assicurabili inoltre le persone che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non ricoprano all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del contratto di mutuo uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

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?

- ✓ Invalidità Totale Permanente: tutto il mondo;
- ✓ Inabilità totale temporanea da Infortunio o Malattia e Malattia Grave: sono incluse le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa all'interno dal territorio della Repubblica Italiana. La garanzia opera all'esterno del territorio della Repubblica italiana in caso di documentabile trasferta di lavoro, per un periodo inferiore a 30 giorni;
- ✓ Perdita di Impiego e Servizio di Reinserimento professionale: Italia

Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto, 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 al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Qualora in corso di copertura la condizione occupazionale dell'Assicurato cambi, dev'esserne data comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario.

Quando e come devo pagare?

Il pagamento del Premio Unico verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato tramite l'utilizzo di mandato SDD.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui è erogato a favore dell'Assicurato il finanziamento regolato nel Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.
- 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;
  - Per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento Pensionistico;
  - Liquidazione da parte della compagnia dell'indennizzo previsto per il caso di decesso o invalidità totale permanente da Infortunio o da Malattia dell'assicurato;
  - In caso di 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 libertà di 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 direttamente alla Banca di Credito Cooperativo o alla Compagnia:

- 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: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 - Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. - C.F. e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 - REA del C.C.I.A di Milano n. 1782224 - P. IVA del Gruppo IVA Assicurazioni Generali n. 01333550323 - Rappresentante del Gruppo IVA: Assicurazioni Generali S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - 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.
www.bccassicurazioni.com

Assicurazione temporanea in caso di morte

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

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Formula Prestito al Sicuro 1.0 (4C54U)

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - 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 a premio unico, ad adesione facoltativa, a copertura dell'intera durata di un contratto di Prestito, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione relativa all'Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle coperture del rischio di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o da Malattia, di Malattia Grave e di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia prestate da BCC Assicurazioni S.p.A.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

- ✓ Sono assicurabili prestiti di nuova erogazione ammortizzati tramite un piano di ammortamento a rata costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.
- ✓ **Prestazione in caso di decesso:** nel caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, è prevista la corresponsione ai beneficiari della somma assicurata.
- ✓ **Capitale Assicurato:**
  - ✓ è determinata sulla base del Contratto di Prestito stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo come sotto definito (o alla quota parte dello stesso nel caso di cointestazione) quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.
  - ✓ non può essere inferiore a 2.500,00 Euro, e superiore a 80.000,00 Euro.
- ✓ Per maggiori dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

- × Non sono assicurabili i prestiti:
  - × già in corso di erogazione;
  - × con un periodo di preammortamento maggiore a 4 mesi;
- × La copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, (compreso l'eventuale periodo di preammortamento).
- × 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.

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 Iniziale;
- ! 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 idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- ! volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- ! infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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 o anche come volontario, 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.

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'Assicurato deve sottoscrivere il Modulo di adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario sanitario (per prestiti di importo maggiore o uguale a 7.500,00 Euro).
- Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi, eventualmente intervenuti in corso di contratto, di:
  - Modifiche di professione dell'Assicurato;
  - Trasferimento di domicilio/sede dell'Aderente/Assicurato in uno Stato membro dell'Unione Europea;
- 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 copertura assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.
- Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato considerando:
  - le garanzie prestate;
  - l'ammontare del capitale finanziato;
  - l'età alla decorrenza dell'Assicurato;
  - la durata della copertura assicurativa.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione alla Assicurazione Collettiva, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del prestito concesso. 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, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24 della data indicata nel Modulo di Adesione.
- La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati, è pari a quella del Prestito, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del prestito a ciascun Assicurato. Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione.
- Tale 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 originaria del singolo Contratto di prestito;
  - 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;
  - pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
  - 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 prestito originariamente stipulato.
  - 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 dello stesso.
- La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica l'esercizio del diritto di recesso.
- Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP Aggiuntivo.



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: Formula Prestito al Sicuro 1.0 (4C54U)

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - 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., Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia; Tel. 02466275; sito internet: www.bccvita.it; e-mail: customercare@bccvita.bcc.it; PEC: bccvita@pec.gruppocattolica.it.

Per l'Assicurazione danni: BCC Assicurazioni S.p.A., Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia; Tel. 02466275; sito internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; PEC: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

***BCC Vita S.p.A.**, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.*
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 06868981009.
Società con sede legale in Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 07/06/2002 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00143.

***BCC Assicurazioni S.p.A.**, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.*
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237.
Società con sede legale in Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13/09/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00124.

*Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **BCC Vita S.p.A.**, l'ammontare:*

- *del Patrimonio Netto è pari a 282 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 62 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 220 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 94 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 43 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 299 milioni di euro **(b)**;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 280 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,17 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

*Con riferimento all'ultimo bilancio approvato di **BCC Assicurazioni S.p.A.**, l'ammontare:*

- *del Patrimonio Netto è pari a 17,857 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,448 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 2,441 milioni di euro);*
- *del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 10,136 milioni di euro **(a)**;*
- *del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 4,23 milioni di euro;*
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 23,736 milioni di euro **(b);***
- *dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 23,736 milioni di euro.*

*Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,34 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.bccassicurazioni.com

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle garanzie offerte.

Ramo Vita:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Vita:

- Il capitale massimo assicurabile pari a 80.000,00 Euro per singola testa assicurata è da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di prestito di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia. In caso di cointestazione l'importo massimo è pari a 160.000,00 Euro.
- Il capitale assicurato è determinato sulla base del Contratto di Prestito stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo come sotto definito (o alla quota parte dello stesso nel caso di cointestazione) quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.
- Il debito residuo, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN, della durata dell'assicurazione e dell'eventuale periodo di preammortamento indicati nel Modulo di Adesione.
- Nel caso in cui il premio sia finanziato, il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.
- 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. Durante il periodo di preammortamento il debito residuo è costante ovvero non decresce.
- Se la durata del Prestito dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario.

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.

Rami danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Invalidità Totale Permanente da infortunio o da malattia ≥66% (garanzia prevista per tutti gli status occupazionali)

Relativamente alla garanzia danni, si precisa che l'indennizzo consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66%. Il debito residuo è determinato dalla Compagnia e calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Se la durata del finanziamento dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento calcolato dalla Compagnia e allegato al Modulo di Adesione.

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.

Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia (garanzia riservata ai lavoratori autonomi)

Relativamente alla garanzia danni, 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.

Malattia Grave (garanzia riservata ai Non Lavoratori, ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici, ai Lavoratore Dipendenti di Imprese Familiari, ai Key Man):

Relativamente alla garanzia danni, 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 nelle Condizioni di assicurazione, 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.

Perdita di Impiego (garanzia riservata ai Lavoratori Dipendenti di Enti Privati)

La Società corrisponde, in caso di Perdita di Impiego, importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione, sino a quando l'Assicurato non dichiari di aver riacquistato lo status di Lavoratore Dipendente.
Servizio di Reinserimento professionale (garanzia riservata ai Lavoratori Dipendenti di Enti Privati)
Automaticamente operante con la garanzia "Perdita di Impiego", la Società offre un "Servizio di Reinserimento professionale ", mettendo a disposizione dell'Assicurato un "Programma di supporto alla ricollocazione", con l'obiettivo di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa, qualora si verifichi un sinistro per Perdita di Impiego, liquidabile a termini di polizza.

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 sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Ramo vita
Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Vita:

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 la conclusione del contratto;
c) di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, 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 il decesso.

Rami Danni:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni:

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

ESCLUSIONI

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;
- 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 abbiano carattere ricreativo.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

30 giorni.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

30 giorni (90 giorni se l'Inabilità Totale Temporanea è dovuta alla stessa causa).

Malattia grave

ESCLUSIONI

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;
- 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;
- 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;
- 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%.

PERIODO DI FRANCHIGIA

Nessuna.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

180 giorni.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:
- malattie tropicali o epidemiche;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Aderente;
- partecipazione attiva dell'Aderente a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Aderente;
- atti volontari di autolesionismo dell'Aderente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere 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;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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'Aderente è assegnato a servizio professionale attivo;
- Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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'Aderente o del Beneficiario;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente 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'Aderente in competizioni agonistiche e nelle relative prove.

Perdita di Impiego

ESCLUSIONI

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Perdita di Impiego se:
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, 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 Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- alla Perdita di Impiego 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 è intervenuto tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- la Perdita di Impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
- la Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di contratti di lavoro (a tempo determinato, di inserimento, di apprendistato, di somministrazione lavoro e di lavoro intermittente);
- 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;
- messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 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.

PERIODO DI FRANCHIGIA ASSOLUTA

30 giorni.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

90 giorni.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** **Ramo Vita:** 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;
- ◦ 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 degli eredi legittimi 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).atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
- 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 prestito.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, 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.

Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato in uno stato estero.

Rami danni:

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto all'impresa, 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 il modulo previsto dalle Condizioni di Assicurazione, e devono inoltrarlo a: BCC Assicurazioni S.p.A. - Maciachini Business Park - MAC 1, Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano a mezzo raccomandata AR., unitamente alla documentazione qui di seguito riportata. Oppure può contattare il Numero Verde 800 053 088 attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di 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;
- Dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo, dovuto a fronte del Contratto di finanziamento.
- Ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di 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.

In caso di 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 gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- Copia di un valido documento di identità;
- Copia del libretto di lavoro e 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;
- Ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta

In caso di Servizio di Reinserimento professionale:

- La documentazione richiesta in caso di sinistro per Perdita Involontaria di impiego;
- Dichiarazione sottoscritta dell'Assicurato, che attesti la volontà di attivare il servizio "Programma di supporto alla ricollocazione".

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:

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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 a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio - Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano.

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.

Rami danni:

In caso di sinistro, l'Impresa provvederà al pagamento dell'indennizzo o al suo rigetto, entro 30 giorni dal perfezionamento e completamento dell'istruttoria.

Gestione da parte di altre imprese:

Rami danni:

Società fiduciaria incaricata alla gestione del sinistro, 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 previsto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 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, qualora l'Assicurato avesse 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 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

Quando e come devo pagare?

Premio	**Ramo Vita:** Il premio unico può essere finanziato. In tale caso il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun Assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative **Rami Danni:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
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 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. **Rami danni:** In caso di estinzione anticipata **totale** del finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro istituto avvenuto nel periodo di copertura assicurata a **premio unico anticipato**, la compagnia restituisce all'aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'importo da rimborsare viene determinato al netto delle imposte) in funzione di criteri analiticamente previsti nelle condizioni di assicurazione. In caso di estinzione anticipata totale del finanziamento, rinegoziazione o trasferimento dello stesso presso altro istituto avvenuto nel periodo di copertura assicurata a premio annuo costante il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio. In caso di estinzione anticipata **parziale** del finanziamento nel periodo di copertura assicurata a **premio unico anticipato**, 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 viene determinato al netto delle imposte in funzione di criteri analiticamente previsti nelle condizioni di assicurazione. In caso di estinzione anticipata parziale del finanziamento nel periodo di copertura assicurata a premio annuo costante: il contratto cessa alla prima ricorrenza annuale successiva, senza alcuna restituzione di premio.
Sconti	**Ramo Vita:** Non sono previsti sconti. **Rami Danni:** Il contratto può avere durata poliennale ed è dunque possibile applicare uno sconto sul premio, come previsto dall'art. 1899 codice civile.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Ramo Vita:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami Danni:** Sono previsti i seguenti periodi di carenza: • Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Invalidità Totale Permanente: 30 giorni • Perdita di Impiego: 90 giorni Il contratto può avere durata poliennale e sulla base di quanto previsto dall'art. 1899 del c.c., allo stesso può essere applicato uno sconto. A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale, salvo il diritto di recesso entro i 60 giorni successivi dalla Data di Decorrenza.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.

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

Revoca	**Ramo Vita:** Non è prevista la revoca per Aderente. **Rami Danni:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite 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 - Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza 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 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 al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto. Qualora il premio sia stato finanziato la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Aderente. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Aderente, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata. L'Aderente 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'Aderente. **Rami Danni:** Recesso entro i 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza L'Aderente 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 a BCC Assicurazioni S.p.A. - Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 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'Aderente 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'Aderente, 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 Aderente, 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 Aderente, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Aderente. 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'Aderente. Recesso durante la vigenza del contratto – trascorsi 5 anni di copertura L'Aderente 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 idonea a BCC Assicurazioni S.p.A. - Maciachini Business Park - MAC 1 - Via B. Crespi, 19 - 20159 Milano. Mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero Verde: 800.471800 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 all'Aderente la parte di premio Danni pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Risoluzione	Non sono previsti casi di risoluzione.

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.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai correntisti della Banca di Credito Cooperativo titolari di un contratto di prestito.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- siano correntisti della Banca di Credito Cooperativo;
- abbiano sottoscritto un contratto di prestito con la Banca di Credito Cooperativo;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;
- abbiano un'età assicurativa, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 74 anni;
- abbiano un'età assicurativa alla scadenza minore e uguale a 75 anni;
- abbiano risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) e, nei casi previsti, presentino il Rapporto di Visita Medica compilato da un medico, ed abbiano effettuato gli accertamenti sanitari richiesti;
- qualora siano Lavoratori Dipendenti di Enti Privati: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali;
- non svolgano 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;
- abbiano in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in un altro 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.

Sono assicurabili anche le persone giuridiche, in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di Key Man nell'Impresa Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.
In caso di cointestazione del mutuo è possibile assicurare uno solo dei Cointestatari, o in alternativa, ciascun delle persone fisiche intestatarie del contratto di Mutuo (fino ad un massimo di 2).

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.

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 e sono rappresentati nella tabella che segue:

Durata della copertura assicurativa	Costi gravanti sul premio
Qualsiasi	60,00% del premio

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

- **Costi per 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:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
75,00%

Rami Danni:

- **Costi gravanti sul premio**

I costi gravanti sul premio unico e sul premio annuo costante vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio corrisposto e sono rappresentati nella tabella che segue.

Costi gravanti sul premio	54,50% del premio

- **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:

QUOTA PARTE DEL COSTO RETROCESSA ALL'INTERMEDIARIO
72,48%

Per tutti i rami:

- **Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo:**
  In caso di estinzione anticipata (parziale o totale) o di trasferimento del Mutuo, la Compagnia trattiene 50,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato a titolo di spese amministrative.

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia: **BCC Vita S.p.A.** – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - Fax: 02.21072270 E-mail: reclami@bccvita.bcc.it **BCC Assicurazioni S.p.A.** – Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. - Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) - Fax: 02.21072280 E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it La Compagnia darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.
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	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). **Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.**
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **Facoltativa.**
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:**

	Qualora tra l'aderente 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'Aderente, 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. 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.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Ramo vita:** Imposta sui premi I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, 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 dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa). Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. 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. **Rami danni:** I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5% o come diversamente previsto dalla normativa vigente.

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 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, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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

FORMULA PRESTITO AL SICURO 1.0

Prestazioni assicurate da:

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 **1**

Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione **6**

Art 1 Oggetto dell'Assicurazione 6
Art 2 Persone assicurabili 7
Art 3 Beneficiario della prestazione 10
Art 4 Decorrenza e durata della copertura assicurativa 10
Art 5 Rimborso del premio 10
Art 6 Cessazione, annullamento delle garanzie 12
Art 7 Diritto di recesso 12
Art 8 Premio 14
Art 9 Mezzi di pagamento del premio 14
Art 10 Costi gravanti sul premio 14
Art 11 Regime fiscale 15
Art 12 Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio 15
Art 13 Aggravamento o diminuzione del rischio – Modifica della posizione lavorativa 16
Art 14 Obblighi delle parti 16
Art 15 Altre assicurazioni 16
Art 16 Colpa grave, tumulti 16
Art 17 Limiti territoriali dell'assicurazione 17
Art 18 Surroga 17
Art 19 Rinvio alle norme di legge 17
Art 19.1 Misure restrittive – Sanctions Clause 17
Art 20 Comunicazioni 17
Art 21 Cessione dei diritti 17
Art 22 Reclami 17
Art 23 Foro competente 18
Art 24 Conflitto di interessi 18
Art 25 Allegati 18

Sezione A – Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia **19**

Capitolo 1: Cosa è assicurato 19
Art 26 Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea 19

Capitolo 2: Condizioni di operatività 19
Art 27 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Inabilità Totale Temporanea 19

Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 20
Art 28 Esclusioni e limitazioni 20

Sezione B – Malattia Grave **21**

Capitolo 1: Cosa è assicurato 21
Art 29 Indennizzo per il caso di Malattia Grave 21

Capitolo 2: Condizioni di operatività 21
Art 30 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Malattia Grave 21

Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 22
Art 31 Esclusioni e limitazioni 22

Sezione C – Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia **24**

Capitolo 1: Cosa è assicurato 24
Art 32 Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente 24

Capitolo 2: Condizioni di operatività 24
Art 33 Condizioni per la liquidazione del sinistro per il caso di Invalidità Totale Permanente 24

Capitolo 3: Che cosa non è assicurato e limiti di copertura 25

Art 34 Esclusioni e limitazioni 25

Sezione D – Perdita di Impiego 27
Capitolo 1: Cosa è assicurato 27
Art 35 Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego 27

Capitolo 2: Condizioni di operatività 27
Art 36 Periodo di carenza per Perdita di Impiego....27

Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 27
Art 37 Esclusioni e limitazioni....27

Sezione E – Servizio di Reinserimento professionale 29
Capitolo 1: Cosa è assicurato 29
Art 38 Prestazione assicurata 29

Cosa fare in caso di sinistro 32
Art 39 Obblighi dell'aderente in caso di sinistro 32

Capitolo 1: Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia – Che obblighi ho?....33
Art 40 Documenti da inviare in caso di sinistro 33
Art 41 Controversie....33
Art 42 Denuncie successive....33

Capitolo 2: Malattia Grave – Che obblighi ho? 33
Art 43 Documenti da inviare in caso di sinistro 33
Art 44 Denunce successive 34

Capitolo 3: Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia – Che obblighi ho? 34
Art 45 Documenti da inviare in caso di sinistro 34
Art 46 Controversie....34

Capitolo 4: Perdita di Impiego – Che obblighi ho? 34
Art 47 Documenti da inviare in caso di sinistro 34
Art 48 Denunce successive....35

Capitolo 5: Servizio di Reinserimento professionale – Che obblighi ho? 35
Art 49 Documenti da inviare in caso di sinistro 35

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente/Assicurato: soggetto che ha stipulato il contratto di Finanziamento con la Banca di Credito Cooperativo e che firma il Modulo di Adesione e paga il Premio.

In caso di Persona Fisica, Aderente e Assicurato corrispondono allo stesso soggetto, pertanto ai fini del presente contratto sono da considerarsi sinonimi.

Sono assicurabili fino ad un massimo di 2 persone fisiche, cointestatarie del Contratto di Finanziamento.

In caso di Persona Giuridica:

- **Aderente è l'Impresa** (di seguito denominata anche "Impresa Aderente"), che ha stipulato il contratto di Finanziamento con la Banca di Credito Cooperativo e che firma, nella persona del suo Legale Rappresentante, il Modulo di Adesione e paga il premio;

- **Assicurato è la Persona Fisica**, considerata dall'Impresa Persona Chiave (Key Man), fino ad un massimo di due, designata dall'Impresa Aderente e indicata nel Modulo di Adesione, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto di assicurazione.

  L'Assicurato deve ricoprire all'interno dell'Impresa Aderente uno o più dei seguenti ruoli: Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale.

Il soggetto assicurato deve aver sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate e deve presentare i requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Assicurazione: la garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto di Finanziamento.

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

Contraente: il soggetto che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva con la Società.

Contratto di Finanziamento: il contratto di Finanziamento col quale una parte (mutuante solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il finanziamento) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.

Per poter essere assicurati i contratti di Finanziamento devono avere una durata compresa tra 10 e 120 mesi.

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 erogato a favore dell'Assicurato il finanziamento regolato nel Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

Decorrenza: momento a partire dal quale la polizza diviene efficace, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Documento Unico di Rendicontazione Annuale (DUR)
Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

Età Assicurativa: l'età dell'Aderente, 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.

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 propone all'Aderente la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: il soggetto, Banca o Agenzia, che si occupa della gestione del prodotto.

Invalidità totale permanente da Infortunio o da Malattia: La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Aderente, a seguito di Infortunio o Malattia, 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 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.

Lavoratore di Impresa Familiare: il lavoratore che – in qualità di coniuge, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo del datore di lavoro – presta la propria attività lavorativa in modo continuativo e con vincolo di subordinazione come dipendente privato di un'impresa familiare. Ai fini della presente Polizza Collettiva, per "Impresa Familiare" si intende l'attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

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 Società presta le garanzie.

Modulo di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato (ove i due soggetti non coincidano), per aderire alla Polizza Convenzione 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 all'anagrafe dei lavoratori presso il Centro per l'Impiego competente, 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 efficacia 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 Società non corrisponderà la prestazione assicurativa.

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, 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, di Malattia Grave o di Perdita di Impiego, 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 Malattia Grave.

Piano di ammortamento alla francese: ammortamento caratterizzato da una rata costante la cui quota interessi - decrescente nel tempo - è pari al tasso di interesse del periodo per il debito residuo alla fine del periodo precedente, e la cui quota capitale - crescente nel tempo - è data dalla differenza tra rata e quota interessi.

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

Premio: la somma in denaro comprensiva di imposte che l'Aderente deve alla Società di Assicurazione in base al Contratto di cui alla presente Polizza.

Premio Unico: importo che l'Aderente si impegna a corrispondere alla Società in soluzione unica, al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del finanziamento.

Questionario Sanitario o anamnestico: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Rata Protetta: l'importo mensile, fissato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e ivi indicato. Detto importo, comprensivo di capitale e interessi, è calcolato dalla Società con modalità in parte diverse da quelle applicate dall'Intermediario collocatore nel piano di ammortamento della rata dovuta dall'Assicurato all'Intermediario collocatore stesso in base al Contratto di Finanziamento, mantenendo peraltro nel ricalcolo la periodicità mensile anche nel caso in cui la rata sia stata contrattualmente concordata con periodicità diversa.

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 finanziamenti 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 o Compagnia: BCC Assicurazioni S.p.A., con Sede Legale in Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano.

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 di Assicurazione;

- **MALATTIA GRAVE** –qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Key Man, Lavoratore Dipendente di Impresa Familiare o Non Lavoratore
  Cfr. Sezione B delle Condizioni di Assicurazione;

- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 66% (*)** – per tutti gli status occupazionali
  Cfr. Sezione C delle Condizioni di Assicurazione;

- **PERDITA DI IMPIEGO** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato
  Cfr. Sezione D delle Condizioni di Assicurazione.

  È disponibile un servizio accessorio di Reinserimento professionale (Cfr. Sezione E del presente Set Informativo).

Pertanto, a seconda dello status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture 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**

Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente (Pubblico o Dipendente di Impresa Familiare), Key Man:

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

Lavoratore Dipendente di Ente Privato:

PACCHETTO **Garanzie Danni** **+** **Garanzie Vita**	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia ≥ 66% (*)** **Perdita di impiego** (è prevista la garanzia accessoria "**Servizio di Reinserimento professionale"** qualora si verifichi un sinistro per Perdita di Impiego.) **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'Aderente 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 Aderente, 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. 13.

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 Malattia grave, l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia, la Perdita di impiego e il Servizio di Reinserimento professionale sono garanzie appartenenti al ramo Danni, prestate dalla Compagnia **BCC Assicurazioni S.p.A** e disciplinate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, mentre il Decesso è una garanzia di ramo vita, prestata dalla Compagnia **BCC Vita S.p.A.**, disciplinata nelle relative Condizioni di Assicurazione del presente Set Informativo.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. **In caso di Aderente Persona Fisica**: è assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. Sia correntista della Banca di Credito Cooperativo;
2. abbia sottoscritto il Contratto di Finanziamento con la Banca di Credito Cooperativo e abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa;
3. abbia un'età alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 74 anni;
4. abbia un'età massima a scadenza del finanziamento pari a 75 anni;

   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 6 mesi.

5. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Società, **per importi finanziati ≥ € 7.500**;
   Per importi finanziati < € 7.500: la Società ritiene di non procedere con alcuna valutazione dello stato di salute della persona assicurabile mediante Questionario Sanitario (QS) **e di conseguenza la Società non prevede nessuna esclusione di garanzia connessa ad eventuali patologie pregresse;**

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

ATTENZIONE **– Resta inteso che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto previsto dall'Art. 13.**

7. **NON svolga 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;**

8. abbia in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in un altro Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

9. **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.**

2.2. Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto congiuntamente da due o più persone, è data la possibilità di scegliere fra le seguenti alternative:

- ***Assicurare uno solo dei contestatari***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del finanziamento con il limite del capitale massimo assicurabile;

- ***Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di finanziamento (fino ad un massimo di 2)***, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità di cui Art. 2.1. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata al 50% dell'intero importo del finanziamento con il limite del massimo capitale assicurabile.

2.3. **In caso di Aderente Persona Giuridica**: è assicurabile la Persona Fisica/Key Man che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. ricopra all'interno dell'Impresa Aderente sottoscrittrice del Contratto di Finanziamento uno dei seguenti ruoli: **Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale**;
2. abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, nelle parti a lui riservate;
3. abbia un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 74 anni
4. abbia un'età massima a scadenza della copertura pari a 75 anni;

   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 6 mesi.
5. abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Società, **per importi finanziati ≥ € 7.500**.
   Per importi finanziati < € 7.500: la Società ritiene di non procedere con alcuna valutazione dello stato di salute della persona assicurabile mediante Questionario Sanitario (QS) **e di conseguenza la Società non prevede nessuna esclusione di garanzia connessa ad eventuali patologie pregresse;**

ATTENZIONE **– Resta inteso che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto previsto dall'Art. 13.**

6. **ricopra un ruolo all'interno dell'Impresa Aderente che NON gli faccia 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.**
7. abbia in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora l'Assicurato nel corso del contratto trasferisse il domicilio in un altro Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

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

- ***Assicurare uno solo soggetto***, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del Finanziamento con il limite del capitale massimo assicurabile;

- ***Assicurare ciascuna delle persone chiave*** (fino ad un massimo di 2) identificate dall'impresa sottoscrittrice del contratto di Finanziamento, sempre che per ognuna siano rispettate le condizioni di Assicurabilità sopra esposte. Dovrà essere sottoscritta un Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata al 50% dell'intero importo del finanziamento con il limite del massimo capitale assicurabile.

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 Aderente Persona Fisica, beneficiario di tutte le garanzie, Beneficiario della prestazioni è l'Assicurato.
In caso di Aderente Persona Giuridica, beneficiario di tutte le garanzie sarà l'Impresa Aderente alla copertura assicurativa e deve essere espresso il consenso scritto da parte dell'Assicurato.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Per ogni Aderente, salvo il Periodo di Carenza previsto, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data si stato 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. 2.1.

L'Assicurazione ha durata pari a quella del contratto di Finanziamento, con il minimo di 10 mesi e un massimo di 120 mesi (10 anni), salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al successivo Art. 6 - Cessazione e Annullamento delle garanzie.

Il Contratto può dunque avere durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso può essere 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 Società restituisce all'Aderente la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa a quanto sopra previsto la Società, su richiesta esplicita dell'Aderente, 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.

I premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

R = [PDanni * ((N-K)/ N) * Cap_Estinto/Cap_Iniziale] + [H * (N-K)/ N * Cap_Estinto/Debito_Residuo]

Dove:
• R = importo da rimborsare
• PDanni = Premio versato al netto delle imposte e dei costi

• H = costi sul premio in valore assoluto riproporzionati sulla base delle eventuali estinzioni parziali, con rimborso della quota di costi, già effettuate (*)
• N = durata originaria del finanziamento espressa in mesi interi (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)
• K = mesi interi trascorsi dalla Data di decorrenza alla Data di Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato
• Cap_estinto = importo del finanziamento rimborsato dall'Assicurato
• Cap_Iniziale= Importo assicurato iniziale
• Debito_Residuo = debito residuo dell'Assicurato al momento dell'Anticipata Estinzione Totale/Parziale del finanziamento/del venir meno del rapporto obbligatorio con l'Assicurato.

(*) in tutti i casi di estinzione anticipata parziale con rimborso della quota di costi H viene riproporzionato come segue:

H = H * (1-Cap_estinto/DR).

Esempio:

N = 240 mesi

K = 60 mesi

Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 6%

Cap Iniziale = 50.000,00 Euro

Cap Estinto: 37.999,91 Euro

PDanni = 640,92 €

Costi % = 54,50%

H = 767,69 Euro

Spese amministrative = 25,00 Euro

Debito residuo (TAN pari a 5%) = 37.999,91 Euro

Rimborso del premio = [640,92 * ((240-60)/240) * 37.999,91 /50.000,00] + [767,69 * ((240-60)/240) * 37.999,91 /37.999,91] = 878,35 Euro – 25 Euro

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

5.2 – Rimborso del Premio per estinzione anticipata PARZIALE del finanziamento

In caso di estinzione anticipata Parziale del Finanziamento, la Società 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.

L'importo da rimborsare è calcolato secondo la formula riportata all'Art. 5.1.

Esempio:
N = 240 mesi
K = 60 mesi
Tasso di ammortamento Contratto di Finanziamento = 6%
Cap Iniziale = 50.000,00 Euro
Cap Estinto: 10.000,00 Euro
PDanni = 640,92 €
Costi % = 54,50%
H = 767,69 Euro
Spese amministrative = 25,00 Euro
Debito residuo (TAN pari a 5%) = 37.999,91 Euro
Rimborso del premio = [640,92 * ((240-60)/240) * 10.000,00 /50.000,00] + [767,69 * ((240-60)/240) * 10.000,00 /37.999,91] = 231,15 Euro – 25 Euro

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 Società 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 Società, 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.

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

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

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

6. comunicazione da parte dell'Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Società 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'Aderente 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 equiparato, direttamente alla Società o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Società:

BCC Assicurazioni S.p.A.,
Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano
Mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

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

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Società ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca di Credito Cooperativo o direttamente dall'Aderente, 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 Società procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente**, 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 Società procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Società**.

La Società provvederà a rimborsare il premio all'Aderente.

Qualora il premio sia stato finanziato, la Società procederà al rimborso del premio all'Assicurato. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata.

7.2 – Recesso durante la vigenza del contratto - trascorsi 5 anni di copertura
L'Aderente ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1 (60 giorni), dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero dopo che siano state pagate 5 annualità.
Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Società tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo:

BCC Assicurazioni S.p.A.,
Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano
Mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

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 Società restituisce all'Aderente 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 copertura assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Per ogni singolo Assicurato il premio è determinato in relazione all'età assicurativa dello stesso, al capitale assicurato iniziale alla data di decorrenza della copertura (o alla quota parte dello stesso), alle garanzie prestate e alla durata (in mesi) del Finanziamento.

Il pagamento del Premio Unico verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato tramite l'utilizzo di mandato SDD, versato direttamente sul CC della Società stessa.

ART. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente: *Addebito tramite SDD.*

ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO (sono da modificare)

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Società, 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
54,50%	72,48%

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 relativo alla garanzia ITP e ITT e ad un'età dell'Assicurato pari a 45 anni.

Capitale Richiesto iniziale	€ 50.000,00
Capitale Finanziato	€ 51.408,61
Età dell'Assicurato	45 anni
Durata della copertura (mesi)	120
Premio Imponibile Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 1.408,61**
Premio Netto Danni Unico anticipato per tutta la durata della copertura	**€ 640,92**
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 767,69
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 556,42

ART. 11 - REGIME FISCALE

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5% o come diversamente previsto dalla normativa vigente.

ART. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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 per domandarne l'annullamento 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 dinanzi indicato;
– di rifiutare il pagamento della somma assicurata, qualora l'Assicurato avesse 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 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. 13 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi lo status occupazionale dichiarato in fase di sottoscrizione deve darne immediata comunicazione scritta alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario; **la Società manterrà in vigore, fino alla scadenza annuale, le sole garanzie non legate allo Status occupazione (Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave) ed eserciterà il recesso dal contratto a far data dalla prima scadenza annuale.**

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

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale causano 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 della Società nei termini previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

ART. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

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

ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Aderente 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'Aderente 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. 31 Esclusioni per il Caso di Malattia Grave, Art. 37 Esclusioni per il caso di Perdita di Impiego.
Il rischio di Invalidità Totale Permanente offerta è coperta 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'Aderente.

ART. 19 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 19.1 – MISURE RESTRITTIVE – SANCTIONS CLAUSE
La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

ART. 20 – **COMUNICAZIONI**
Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

BCC Assicurazioni S.p.A.,
Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano
Mail: infore@bccassicurazioni.bcc.it
Numero Verde: 800.471800

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

ART. 21 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Aderente 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 Società Cattolica Assicurazioni S.p.A.
Servizio Reclami

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. La Società 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 tramite e-mail alla casella di posta elettronica certificata tutela.consumatore@pec.ivass.it, fax al numero 06/42133206 o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - sezione Per i Consumatori - Reclami - Guida ai reclami), 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 e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
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.
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'Aderente ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 24 – CONFLITTO DI INTERESSI
Il presente contratto è un prodotto Bcc Assicurazioni S.p.A. società partecipata da Iccrea Banca S.p.A.
Il presente prodotto è intermediato da Banca di Credito Cooperativo.
Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.
La Società si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.
Le Società, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

ART. 25 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

SEZIONE A:
INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta ai Lavoratori Autonomi

CAPITOLO 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 26 – 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 per sinistro, 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 tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di prestito cui al presente contratto) che l'Aderente avesse contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto della Società o di altre Società controllate da Cattolica Assicurazioni.

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 27 – 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 al precedente Art. 26, 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. 4;
4. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 28.

Qualora l'ITT sia denunciata successivamente alla liquidazione di un sinistro per Malattia Grave e l'ITT sia conseguente alla stessa causa che abbia generato la Malattia Grave, la stessa ITT non verrà indennizzata.

CAPITOLO 3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 28 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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 :

10. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
11. **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;**
12. **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;**
13. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
14. **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;**
15. **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.**

SEZIONE B:
MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti Pubblici, Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare, ai NON Lavoratori e Key Man

CAPITOLO 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 29 – 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 per sinistro, corrisposte in un'unica soluzione, o il numero delle rate protette quante sono le rate mancanti alla scadenza del Finanziamento, se inferiori a 12.

Sono indennizzabili sino a tre Malattie Gravi dell'Assicurato (36 Rate Protette), tra quelle elencate al successivo Art. 30, 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 cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di prestito di cui al presente contratto) che l'Aderente avesse contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto della Società o di altre Società controllate da Cattolica Assicurazioni.

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 30 - CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Solo ed esclusivamente all'Assicurato che abbia aderito alla Polizza come Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, Non Lavoratore, Key Man, Lavoratore di Impresa Familiare, 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.4;
4. **il Sinistro non rientri nelle esclusioni** di cui al successivo Art. 31.
5. **Il Sinistro sia ascrivibile ad una delle Malattie Gravi** definite successivamente:

Eventuali indennizzi già corrisposti per ITT in relazione al medesimo evento che ha causato la Malattia Grave saranno detratti dall'indennizzo dovuto per Malattia Grave. Nessun indennizzo per Malattia Grave sarà inoltre corrisposto se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Società ha già pagato altri importi a titolo di indennizzo per il caso di ITT.

1) Tumore
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, sia riconosciuta l'entità e la permanenza, e 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 3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 31 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI
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. **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;**
10. **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;**
11. **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
12. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
13. **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:

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

SEZIONE C:
INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

CAPITOLO 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 32 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al Debito Residuo, o quota parte dello stesso, alla data della relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 66%.

Il debito residuo è determinato dalla Società e calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN e della durata dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

Durante l'eventuale periodo di preammortamento il debito residuo è costante (non decresce).

Se la durata del finanziamento dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento calcolato dalla Società e allegato al Modulo di Adesione.

L'Indennizzo previsto per ogni Assicurato, è di minimo Euro 2.500 e massimo Euro 80.000. Il limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di prestito di cui al presente contratto) che l'Aderente avesse contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto della Società o di altre Società controllate da Cattolica Assicurazioni.

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.

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 33 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 32, 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. 4;

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 al successivo Art. 34.

CAPITOLO 3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 34 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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

1. **malattie tropicali o epidemiche;**

2. **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Aderente;**

3. **partecipazione attiva dell'Aderente a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**

4. **operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Aderente;**

5. **atti volontari di autolesionismo dell'Aderente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere 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. **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**

9. **Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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'Aderente è assegnato a servizio professionale attivo;**

10. **Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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;**

11. **Dolo o colpa grave dell'Aderente o del Beneficiario.**

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

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

13. **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;**

14. **partecipazione dell'Aderente in competizioni agonistiche e nelle relative prove.**

SEZIONE D:
PERDITA DI IMPIEGO

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Privati

CAPITOLO 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 35 – 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, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione, sino a quando l'Assicurato non dichiari di aver riacquistato lo status di Lavoratore Dipendente.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di 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 per sinistro, e un massimo di 36 Rate Protette nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.

L'Indennizzo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione con un massimo di € 1.600,00. Tale limite è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative (collegate a Contratti di prestito di cui al presente contratto) che l'Aderente avesse contemporaneamente in corso con lo stesso prodotto della Società o di altre Società controllate da Cattolica Assicurazioni.

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 Perdita di Impiego.**

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 36 – PERIODO DI CARENZA PER PERDITA DI IMPIEGO

La copertura assicurativa per Perdita di Impiego è sottoposta ad un Periodo di Carenza pari a 90 Giorni, pertanto qualora la Perdita di Impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

CAPITOLO 3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. 37 – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

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

1. **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, 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;

2. **al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
3. **alla Perdita di Impiego faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;**
4. **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;**
5. **l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;**
6. **il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;**
7. **il licenziamento è intervenuto tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;**
8. **la Perdita di Impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;**
9. **la Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di contratti di lavoro (a tempo determinato, di inserimento, di apprendistato, di somministrazione lavoro e di lavoro intermittente);**
10. **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);**
11. **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;**
12. **messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;**
13. **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 E:
SERVIZIO DI REINSERIMENTO PROFESSIONALE

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO

ART. 38 - PRESTAZIONE ASSICURATA
(automaticamente operante con la garanzia Perdita di impiego)
La Società mette a disposizione un "Programma di supporto alla ricollocazione", con l'obiettivo di supportare l'Assicurato nella ricerca di una nuova opportunità lavorativa, qualora si verifichi un sinistro per Perdita di Impiego, liquidabile a termini di polizza.

L'Assicurato potrà usufruire del servizio accessorio "Programma di supporto alla ricollocazione", fornito da una società specializzata nei servizi di outplacement (di seguito denominata "società incaricata"):

- senza costi ed oneri aggiuntivi
- esclusivamente dietro espressa dichiarazione della propria volontà di attivazione del servizio, da presentare congiuntamente alla denuncia di sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego.

Di seguito i termini e le condizioni del servizio.

A) DESCRIZIONE DEL SERVIZIO E DELLE FASI
Sono previsti 6 incontri individuali da svolgersi a scelta del cliente in una delle seguenti modalità:

- presso gli uffici della società incaricata dalla Compagnia (Milano, Torino, Bologna, Genova, Padova, Roma, Firenze, Ancona, Bari, Napoli, Palermo, Udine);
- in remoto via Skype;
- mista, parte degli incontri presso gli uffici della società incaricata e parte in remoto.

I sei incontri dovranno svolgersi in un arco temporale di 6 mesi.

Il mancato svolgimento di tutti gli incontri entro il termine semestrale stabilito per cause indipendenti dalla società incaricata o dipendenti dall'Assicurato, comporterà, in capo all'Assicurato, la perdita del diritto di completare il ciclo di incontri. Viceversa, l'Assicurato avrà diritto al completamento del ciclo di incontri previsti anche oltre il termine semestrale di cui sopra, qualora il mancato rispetto del termine medesimo sia imputabile a cause dipendenti dalla società incaricata.

Prima fase – due incontri individuali
Durante la prima fase vengono sviluppati i punti seguenti con l'obiettivo di definire con il cliente assicurato un obiettivo professionale coerente con le proprie caratteristiche e capacità.

- **Bilancio competenze e caratteristiche**

Vengono mappate, ricostruite e valorizzate le competenze possedute dal cliente assicurato riesaminando il percorso educativo, formativo e professionale e l'area dei valori, dei bisogni e dei desideri.

- **Progetto professionale e sua realizzabilità**

Sulla base del quadro emerso, relativo alle competenze e caratteristiche possedute e ai relativi punti di forza e aree di criticità, il cliente assicurato viene aiutato dal consulente ad individuare il progetto professionale che desidera raggiungere e le modalità per realizzarlo, tenendo conto dell'andamento del mercato del lavoro di riferimento.

Seconda fase – quattro incontri individuali
La seconda fase, attraverso i punti sotto elencati, accompagna l'Aderente/Assicurato nella realizzazione del progetto professionale definito.

1) **Per coloro che scelgono l'attività dipendente:**

- **Bilancio di competenze:**

sostengo all'Assicurato nel comprendere la propria spendibilità allargata nel mercato, nello stesso settore o in settori adiacenti, attraverso l'analisi delle proprie competenze, capacità e caratteristiche, per definire un obiettivo realistico.

- **Piano di azione e di sviluppo:**

Vengono definiti i successivi passaggi necessari per realizzare il progetto e il piano relativo allo sviluppo delle competenze da migliorare/acquisire.

- **Strumenti di comunicazione:**

In funzione dell'obiettivo professionale identificato il cliente assicurato verrà supportato a strutturare gli strumenti necessari per la fase di contatto con il mercato: Curriculum Vitae, scegliendo il contenuto, la forma e lo stile più appropriati, la Lettera di Presentazione e l'Autocandidatura.

- **Tecniche di Job Scouting:**

Supporto al cliente nell'attivazione dei canali di incontro tra domanda e offerta: analisi e mappatura siti e società di ricerca e selezione in target con la persona, individuazione di aziende target attraverso database, individuazione posizioni aperte e tecniche di risposta alle inserzioni, tecniche di espansione del proprio Network,

- **Messa a punto delle tecniche di comunicazione orale**

Attraverso esercitazioni e simulazioni, il candidato acquisirà dimestichezza con alcuni aspetti basilari delle modalità di colloquio nonché la presentazione delle sue caratteristiche e competenze in forma verbale.
Le posizioni individuate grazie alle suddette attività verranno abbinate ai profili dei candidati.

2) Per coloro che scelgono l'attività autonoma:
Il programma in questo caso prevede il supporto specialistico sui seguenti aspetti:

- individuazione e verifica dell'idea di business e delle sue reali potenzialità;
- la redazione di un articolato business plan, con l'aiuto di professionisti della società incaricata;
- l'assistenza nel verificare l'esistenza di eventuali fonti di finanziamento e nella presentazione della documentazione;
- la determinazione del mercato target a cui proporsi;
- strumenti di proposizione dell'attività, dal sito ai materiali di comunicazione

Il programma non prevede oneri e costi a carico dell'Assicurato.

B) TOOLS
L'Assicurato potrà accedere al portale messo a disposizione dalla società incaricata per consultare la relativa Job Bank, contenente le posizioni reperite attraverso il contatto diretto con gli Head Hunters in Italia, all'estero e con le aziende.
Per incrementare le proprie competenze e finalizzare al meglio la propria modalità di proposizione, l'Assicurato potrà partecipare ai workshops - webinars tematici che si tengono presso le sedi della società incaricata.

C) SUPPORTO LOGISTICO

Disponibilità, presso le sedi della società incaricata, di una postazione lavoro attrezzata con telefono, computer e collegamento Internet a disposizione dell'Aderente/Assicurato senza limite di utilizzo nell'ambito di una programmazione delle presenze con la segreteria.

D) DURATA DEL PROGRAMMA

Il "Programma di supporto alla ricollocazione" è a disposizione del cliente assicurato in ragione di un unico evento nei centoventitrè (123) mesi successivi alla data di sottoscrizione del presente contratto di assicurazione.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 39 - OBBLIGHI DELL'ADERENTE IN CASO DI SINISTRO
In caso di Sinistro, l'Aderente 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'Aderente 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 paragrafo, unitamente alla documentazione indicata nei successivi articoli:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano

Numero Verde 800 053 088
attivo 24 ore su 24, sette giorni su sette.

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Aderente o ai familiari o eredi 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 Società non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

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 – INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 40 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 possa ragionevolmente essere richiesta.**

ART. 41 – 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.

ART. 42 – 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.**

CAPITOLO 2 – 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 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.

CAPITOLO 3 – INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 45 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;**
- **dichiarazione del Contraente che indichi l'ammontare del debito residuo, dovuto a fronte del Contratto di finanziamento;**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.**

ART. 46 – 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.

CAPITOLO 4 – PERDITA DI IMPIEGO – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 47 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;**
- **ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.**

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative

all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.
L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Società in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

ART. 48 – 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 consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.**

CAPITOLO 5 – SERVIZIO DI REINSERIMENTO PROFESSIONALE – CHE OBBLIGHI HO?

ART. 49 DOCUMENTI DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO

- **la documentazione richiesta in caso di sinistro per Perdita di impiego, di cui al precedente Art. 47**
- **dichiarazione sottoscritta dell'Assicurato, che attesti la volontà di attivare il servizio "Programma di supporto alla ricollocazione**".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE (CODICE TARIFFA 4C54U)

[Data di aggiornamento: 06/10/2022]

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 6

Capitolo 1 – COSA È ASSICURATO 6

ART. 5 – CAPITALE ASSICURATO. 6

Capitolo 2 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA 8

ART. 6 – RISCHIO MORTE – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLA GARANZIA. 8

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 Prestito 9

ART. 9 – REQUISITI SOGGETTIVI. 9

ART. 10 – DURATA. 11

ART. 11 – CONFLITTO DI INTERESSI. 11

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 13

ART. 14 – IMPOSTE E TASSE. 13

ART. 15 – FORO COMPETENTE. 13

ART. 16 – PRESCRIZIONE. 13

ART. 17 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO. 13

ART. 18 – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO. 13

ART. 19 – MISURE RESTRITTIVE – SANCTIONS CLAUSE. 13

GLOSSARIO 14

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE (CODICE TARIFFA 4C54U)

SEZIONE I) PRESTAZIONI ASSICURATIVE, DECORRENZA E DIRITTO DI RECESSO

Che tipo di assicurazione è?
È una polizza Collettiva a premio unico, ad adesione facoltativa, a copertura dell'intera durata di un contratto di Prestito, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alle coperture del rischio di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o da Malattia, di Malattia Grave e di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia 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 Prestito, con la quale **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 garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato come definito all'Art. 5**. Sono assicurabili prestiti di nuova erogazione ammortizzati tramite un piano di ammortamento a rata costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese. Non sono assicurabili i prestiti già in corso di erogazione.

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 prestiti di importo maggiore o uguale a 7.500,00 Euro - del Questionario Sanitario.
In questo caso sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 6.

Nel caso di mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurazione Temporanea in caso di Morte relativa all'Assicurato non produrrà effetti.

Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere minore di 2.500,00 Euro e maggiore di 80.000,00 €, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti di prestito di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare all'Intermediario, tramite SDD, 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 Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione all'Assicurazione Collettiva, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione, dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del prestito concesso. 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, l'assicurazione produrrà effetti dalle ore 24 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 decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC 1 – Via B. Crespi, 19 – 20159 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 del 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. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto – al netto della quota parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.
Qualora il premio sia stato finanziato, la Compagnia, entro 30 giorni, procederà al rimborso del premio eventualmente corrisposto all'Assicurato. In alternativa, in base ad espressa richiesta dell'Assicurato, effettuata al momento del recesso, il premio sarà utilizzato dalla Contraente per ridurre di pari importo il Debito residuo del Finanziamento e la relativa rata.

SEZIONE II) PREMIO ASSICURATIVO ED ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

ART. 4 – IL PREMIO.

A fronte della garanzia assicurativa, a copertura dell'intera durata del prestito, l'Assicurato si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio unico calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il premio unico relativo all'Assicurato è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale finanziato, all'età assicurativa, alla decorrenza dell'Assicurato e alla durata della copertura assicurativa.

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
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.

Criteri e modalità per la definizione del rimborso del premio.
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 = Capitale 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 dell'assicurazione, indicati nel Modulo di Adesione.

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 = 551,90 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 551,90 / 50.000,00 = 0,011038
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 10.000,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 10.000,00 * 0,011038 = 110,38 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 110,38 Euro
H = 60,00%
N = 120 mesi
K = 36 mesi

CapVerK (*) = 7.960,32 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 110,38 * (1- 60,00%) * [(120-36)/120] * min[1; 7.960,32 / 10.000,00] = 24,60 Euro
Rimborso dei costi: 110,38 * 60,00% * [(120-36)/120] = 46,36 Euro
Importo del premio da rimborsare = 24,60 + 46,36 – 25,00 = 45,96 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 10%.

Esempio n°2
1. Calcolo del premio di riferimento
Capitale Assicurato Iniziale = 50.000,00 Euro
Premio unico iniziale versato dall'Assicurato = 551,90 Euro
i = PVita / Capitale Assicurato Iniziale = 551,90 / 50.000,00 = 0,011038
Importo versato alla banca per l'estinzione anticipata parziale del contratto di finanziamento = 2.500,00 Euro
Premio di riferimento = PVitaRif = 2.500,00 * 0,011038 = 27,60 Euro

2. Somma del premio puro e dei caricamenti
PVitaRif = 27,60 Euro
H = 60,00%
N = 120 mesi
K = 36 mesi
CapVerK (*) = 1.990,08 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: 27,60 * (1- 60,00%) * [(120-36)/120] * min[1; 1.990,08 / 2.500,00] = 6,15 Euro
Rimborso dei costi: 27,60 * 60,00% * [(120-36)/120] = 11,59 Euro
Importo del premio da rimborsare = 6,15 + 11,59 – 25,00 = - 7,26 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 10%.

In alternativa l'Assicurato (ovvero congiuntamente tutti gli Assicurati in caso di cointestazione del Contratto di Finanziamento) può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, 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 = 551,90 Euro
H = 60,00%
N = 120 mesi
K = 12 mesi
C_K (*) =46.046,28 Euro
C_0 =50.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro
Rimborso del premio puro: 551,90 * (1-60,00%) * [(120-12) / 120] * min (46.046,28 / 50.000,00 ; 1) = 182,97 Euro
Rimborso dei costi: 551,90 * 60,00% * [(120-12) / 120] = 298,03 Euro
Importo del premio da rimborsare = 182,97 + 298,03 - 25,00 = 456,00 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 10%.

Esempio n°2
PVita = 551,90 Euro
H = 60,00%
N = 120 mesi
K = 24 mesi
C_K (*) = 41.890,28 Euro
C_0 = 50.000,00 Euro
Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro
Rimborso del premio puro: 551,90 * (1-60,00%) * [(120-24) / 120] * min (41.890,28 / 50.000,00; 1) = 147,96 Euro
Rimborso dei costi: 551,90 * 60,00%* [(120-24) / 120] = 264,91 Euro
Importo del premio da rimborsare = 147,96 + 264,91 - 25,00 = 387,87 Euro

(*) calcolato con un TAN pari al 10%.

In alternativa l'Assicurato può richiedere per iscritto alla Compagnia, per il tramite della Contraente ed utilizzando l'apposito Modulo, 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 alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può essere minore di 2.500,00 Euro e maggiore di 80.000,00 Euro, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti

i Contratti di Prestito di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso e che fossero assicurati con lo stesso prodotto della Compagnia.

Non è possibile assicurare prestiti che hanno un importo erogato superiore al capitale massimo assicurabile: 80.000,00 Euro per singola testa assicurata. In caso di cointestazione l'importo massimo è pari a 160.000,00 Euro.

Nel caso in cui il Contratto di prestito sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti (Persona Fisica), si applica quanto segue:

- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di prestito (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di prestito sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di prestito. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile.

Il capitale assicurato è determinato sulla base del Contratto di Prestito stipulato dall'Assicurato ed è pari al debito residuo come sotto definito (o alla quota parte dello stesso nel caso di cointestazione) quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato.

Il debito residuo, determinato dalla Compagnia, è calcolato in riferimento al capitale assicurato iniziale con decrescenza secondo un piano di ammortamento alla francese, a rata mensile costante posticipata, sulla base del TAN, della durata dell'assicurazione e dell'eventuale periodo di preammortamento indicati nel Modulo di Adesione. Nel caso in cui il premio sia finanziato, il capitale assicurato iniziale verrà incrementato, per ciascun assicurato, del premio relativo alle coperture assicurative.

Durante il periodo di preammortamento il debito residuo è costante ovvero non decresce.

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.

Se la durata del Prestito dovesse variare nel corso della vita della polizza, l'ammontare del debito residuo a cui fare riferimento è sempre quello stabilito nel piano di ammortamento originario.

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.
Qualora sia già stato liquidato un indennizzo per la garanzia danni ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

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 E LIMITAZIONI

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

1. **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
2. **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
3. **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
4. **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla decorrenza della polizza.**
5. **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.);**
6. **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;**
7. **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;**
8. **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
9. **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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;**
10. **malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, 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;**
11. **dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.**

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). ESCLUSIONI E LIMITAZIONI – 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 originaria del singolo Contratto di prestito;
- esercizio del diritto di recesso;
- 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;
- pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte o ITP. A seguito del pagamento da parte della Compagnia della prestazione in caso di ITP, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- 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 prestito originariamente stipulato.

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 gravanti sul premio
Costi gravanti sul premio	60,00%

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

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

* * *

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento, con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo:

Tabella B

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
Costi gravanti sul premio	60,00%	75,00%
Spese per il rimborso del premio	25,00 Euro	0,00%

ART. 9 – REQUISITI SOGGETTIVI.

E' assicurabile la persona fisica che:

- **sia correntista della BCC,**
- **abbia stipulato il Contratto di prestito con la BCC di cui sopra;**
- **abbia un'età *(*)*, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 74 anni;**
- **abbia un'età a scadenza del finanziamento minore o uguale a 75 anni*(**)*;**
- **abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **abbia sottoscritto - per prestiti di importo maggiore o uguale a 7.500,00 Euro - il Questionario Sanitario (QS).**

(*) 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.

(**) L'età a scadenza del finanziamento è così determinata: età assicurativa in anni interi sommata alla durata del finanziamento in anni interi (calcolata dividendo la durata espressa in mesi per 12).

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.

Sono assicurabili anche le persone giuridiche, in tal caso l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di *Key Man* nell'Impresa Aderente come: Amministratore Delegato, Proprietario, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale.

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 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, qualora l'Assicurato avesse 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 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.**

Per quanto relativo alla durata della copertura assicurativa in caso di Morte si rimanda inoltre a quanto previsto dall'Art. 10.

Nel caso in cui il Contratto di prestito sia sottoscritto congiuntamente da due o più soggetti (Persona Fisica), si applica quanto segue:

- Assicurare uno solo dei contestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di prestito (fino ad un massimo di due). Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata un capitale pari al 50% dell'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile.

Nel caso in cui il Contratto di prestito sia sottoscritto da un'Impresa Aderente (Persona Giuridica) con più *Key Man* assicurabili, si applica quanto segue:

- Assicurare un solo *Key Man*, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile;

- Assicurare ciascuno dei *Key Man* (fino ad un massimo di 2) identificati dall'Impresa sottoscrittrice del contratto di prestito. Dovrà essere sottoscritto il Modulo di Adesione per ognuno di essi; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo del prestito con il limite del capitale massimo assicurabile.

L'Aderente/Assicurato deve avere la sede/il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; qualora l'Aderente/Assicurato nel corso del contratto trasferisse 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,

ART. 10 – DURATA.

La durata dell'assicurazione, relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva, è pari a quella del Prestito, comprensiva dell'eventuale periodo di preammortamento (di durata massima pari a 4 mesi), concesso dall'Ente Erogatore del prestito a ciascun Assicurato. Si conviene in ogni caso che la copertura assicurativa può avere una durata minima di 10 mesi e massima di 120 mesi, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 7 e fermo restando quanto previsto dal precedente Art. 9.

In caso di estinzione (parziale o totale) o trasferimento del prestito, 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 dal contratto da parte del Contraente:
- richiesta sottoscritta dal Contraente.

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

In caso di decesso:
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dai 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 (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) 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 degli eredi legittimi 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 prestito.

Su richiesta dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, 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 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 lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC 1 – Via B. Crespi, 19 – 20159 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 affinchè sia sua cura porre i Beneficiari designati nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta dalla Compagnia.

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 dell'Aderente 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.

ART. 18 – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO.

Il Contraente/Intermediario provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva, a fornire agli Assicurati copia del Modulo di Adesione e del Set Informativo nonché ad informare gli Assicurati stessi della quota parte dei costi a loro carico percepiti dagli Intermediari.
Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti del Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

ART. 19 – MISURE RESTRITTIVE – SANCTIONS CLAUSE.

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

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 due, in relazione alla quale la Società concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto e sottoscritto il Modulo di Adesione e presenti i requisiti soggettivi di cui all'Art. 9 del presente contratto di assicurazione

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

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento del capitale assicurato al Beneficiario.

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.

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 produce i propri effetti 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 alle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Documento unico di rendicontazione annuale (DUR)	Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale: • dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato; • dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.
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.
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.
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.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente da Infortunio	Si intende colpito da invalidità totale permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio abbia perduto in modo totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS	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 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 è da intendersi effettuato all'IVASS".
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
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.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Piano di ammortamento alla francese	Ammortamento caratterizzato da una rata costante la cui quota interessi - decrescente nel tempo - è pari al tasso di interesse del periodo per il debito residuo alla fine del periodo precedente, e la cui quota capitale - crescente nel tempo - è data dalla differenza tra rata e quota interessi.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto, per la copertura dell'intera durata del prestito.

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.
Prestazione assicurativa	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Prestito	Contratto di Prestito personale con il quale una parte (solitamente una banca) consegna all'altra (colui che chiede il Finanziamento) una determinata quantità di denaro che si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, maggiorato degli interessi concordati nel contratto. 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**.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
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 assicurativa.
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 assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	BCC Vita S.p.A.. Sede legale – Maciachini Business Park – MAC 1 – Via B. Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia.

Modulo di proposta
Garanzia Vita
FORMULA PRESTITO AL SICURO 1.0

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente nella presente proposta, corrisponderà le prestazioni specificate nel Set Informativo ai soggetti che intenderanno aderire alle coperture assicurative.

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Proposta

CONTRAENTE (sulla base della Convenzione conclusa con la Compagnia)		
Ragione sociale	Partita IVA	
Luogo di costituzione	Data di costituzione	
Ramo attività	Sottogruppo	
Indirizzo sede legale	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
Recapito		
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE O DELEGATO		
Cognome e nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Data di nascita	Sesso
Indirizzo	Provincia	C.A.P.
Comune	CAB Comune	Cod. paese
ASSICURATI		
Soggetti che aderiranno all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente proposta		
DATI TECNICI DI POLIZZA		
Data di decorrenza dell'Assicurazione Collettiva (Convenzione)		**Scadenza**
Capitale assicurato: come indicato in ogni singolo Modulo di adesione		
Tipo Premio **UNICO**	Premio versato: determinato come disciplinato dall'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione	
Costi		
DATI IDENTIFICATIVI		
Documento di riconoscimento	Tipo documento	
Ente emittente e luogo	Data emissione	

Luogo e data _____

BCC Vita S.p.A.
(Firma leggibile)
_____

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

FAC - SIMILE

BCC Vita S.p.A.
Sede legale: Maciachini Business Park - MAC 1 - Via Benigno Crespi 19 - 20159 Milano - Italia - Pec bccvita@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 02 46 62 75 - Cap. Soc. Euro 62.000.000,00 i.v. - C. F. e Iscr. Reg. Imp di MI n. 06868981009 - REA del C.C.I.AA. di Milano n. 1714097 - P. IVA del Gruppo IVA Assicurazioni Generali n. 01333550323 - Rappresentante del Gruppo IVA: Assicurazioni Generali S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7/06/2002.
www.bccvita.it

Ente Filiale Collocatore Cod. Prodotto
Numero Polizza

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

- **Set Informativo;**
- **informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).**

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

Il Contraente si impegna sin d'ora a consegnare l'informativa precontrattuale e contrattuale ai singoli Assicurati all'atto della adesione all'Assicurazione Collettiva di cui alla presente polizza.

Il Contraente
(Timbro e firma leggibile)
_____

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del 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..
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.
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. – Ufficio Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC 1 – Via B. Crespi, 19 – 20159 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. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.
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 del Set Informativo consegnatogli. Accetta integralmente il contenuto dello stesso 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 dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio.

Luogo e data:

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

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

FACSIMILE