Contratto di assicurazione collettiva in caso di infortunio, malattia e perdite pecuniarie

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni S.p.A. Prodotto: "Formula Tutela Reddito–danni"

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

Che tipo di assicurazione è?
Questa polizza, riservata ai clienti di BCC Assicurazioni S.p.A., copre i danni per Infortuni, Malattia e Perdite pecuniarie.

Che cosa è assicurato?

✓ **Coperture assicurative:** la polizza prevede un indennizzo in caso di sinistro, per:
- ✓ Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia: se l'Assicurato è un lavoratore autonomo;
- ✓ Perdita di impiego: se l'Assicurato è un lavoratore dipendente;
- ✓ Malattia grave: se l'Assicurato è un lavoratore di impresa familiare, non lavoratore, key man (Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale) se l'aderente è una persona giuridica;
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%: per tutti gli Assicurati;
- ✓ Decesso da infortunio: per tutti gli Assicurati.

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

Pacchetto base (per tutti gli status occupazionali);
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
- ✓ Decesso da infortunio

Pacchetto plus (per lavoratore autonomo):
- ✓ Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia;
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
- ✓ Decesso da infortunio

Pacchetto plus (per lavoratore dipendente di Ente pubblico o privato):
- ✓ Perdita di impiego;
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
- ✓ Decesso da infortunio

Pacchetto plus (per lavoratore di impresa familiare, non lavoratore, key man):
- ✓ Malattia grave;
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
- ✓ Decesso da infortunio

- ✓ E' disponibile una garanzia opzionale che prevede un indennizzo in caso di Decesso per malattia, per tutti gli Assicurati.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica o la persona chiave, in caso di assicurazione prestata a persona giuridica, che:

- × 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
- × non sia cliente della Banca di Credito Cooperativo;
- × non abbia un'età, alla sottoscrizione del modulo di adesione, inferiore a 18 o superiore a 74 anni e che abbiano un'età massima a scadenza della copertura superiore 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);
- × non abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia;
- × non abbia domicilio in Italia per tutta la durata del contratto;
- × non ricopra, all'interno dell'Impresa Aderente, uno o più dei seguenti ruoli: Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale;
- × qualora sia dipendente di Ente privato o di Ente pubblico non svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali
- × non abbiano il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto.

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?

✓ Infortuni, malattia e perdita di impiego: l'assicurazione è valida nella Repubblica Italiana.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio: gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
- Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi lo status occupazionale dichiarato in fase di sottoscrizione, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia. Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio, ove non comunicate alla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti.

Quando e come devo pagare?

L'Aderente deve versare un importo pari al premio annuale lordo al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il premio annuale è determinato in relazione all'occupazione dell'Assicurato, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale e della rata assicurata. Il pagamento avviene mediante addebito tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre dalla data di decorrenza indicata sul modulo di adesione, ed il primo giorno del medesimo mese dell'anno successivo. Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova per altri 12 mesi tacitamente.
- Se il premio non viene pagato alla data di decorrenza o alle successive scadenze annuali, le garanzie restano sospese dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni senza che sia avvenuto il pagamento, la copertura assicurativa si risolve di diritto.
- Le garanzie cessano:
  - alle ore 24:00 del giorno di Decesso dell'Assicurato;
  - a partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
  - per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
  - disdetta del rinnovo annuale della copertura assicurativa; la disdetta del contratto deve essere inviata dall'Aderente alla Compagnia almeno 30 giorni prima della data di scadenza del periodo di copertura in corso. Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare la disdetta si faccia riferimento al successivo Art.19.
  - in caso di esercizio del diritto di recesso;
  - la comunicazione da parte dell'Aderente/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?

- Entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza inviando la richiesta di recesso alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc) direttamente alla Banca Contraente o alla Compagnia. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di decorrenza o dalla Data Iniziale, la compagnia ti rimborserà totalmente il premio corrisposto senza applicare a tuo carico nessun onere. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia ti rimborserà il premio corrisposto a cui sostenute e le imposte versate alla Compagnia. Saranno però trattenute le spese.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 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 Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A Verona Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - 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 da malattia

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

BCC Vita S.p.A.

Prodotto: Formula Tutela Reddito (4C50U)

Data di aggiornamento: 01/07/2021 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza collettiva a premio unico, ad adesione facoltativa, 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 relativa all'Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato. L'adesione a questa polizza è sottoscrivibile esclusivamente in abbinamento alla copertura del rischio di Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio o da Malattia (solo per lavoratori autonomi), di Perdita di Impiego (solo per lavoratori dipendenti), di Malattia Grave (solo per non lavoratori, lavoratori dipendenti di impresa familiare, Key man), di Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e malattia e di Morte da infortunio prestata da BCC Assicurazioni S.p.A.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

- ✓ Sono assicurabili capitali di valore massimo di 200.000,00€ per persone fisiche e di valore massimo di 400.000,00€ per persone giuridiche.
- ✓ **Prestazione in caso di decesso da malattia:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso (derivante da malattia) dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
- ✓ **Capitale Assicurato:**
  - ✓ Il capitale assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione non può in ogni caso essere minore di 10.000,00 Euro e maggiore di 200.000,00 €.
  - ✓ Qualora l'Aderente sia una persona giuridica, il capitale massimo assicurabile complessivo non potrà comunque essere superiore a 400.000,00 Euro, fermo restante il limite di 200.000,00 Euro come capitale assicurato massimo per singolo Assicurato.
- ✓ Per maggiori dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

- × Non ci sono garanzie escluse dalla copertura assicurativa.

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 idrosci, 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.
- In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia.
- In caso di trasferimento di residenza/sede dell'Aderente/Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
- L'Assicurato deve sottoscrivere il modulo di adesione.
- L'Assicurato deve compilare il Questionario sanitario/Questionario Tecnico Assuntivo sottoporsi a visita medica.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o i Beneficiari consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP Aggiuntivo.
- Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.

Quando e come devo pagare?

- A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, tramite SDD, un importo pari al premio annuale calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.
- Il premio monoannuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato considerando:
  - le garanzie prestate;
  - l'ammontare del capitale assicurato;
  - l'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato al momento dell'ingresso in assicurazione o dei successivi rinnovi annuali.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa), relativamente al primo periodo di copertura, è pari alla frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione, riportata sul Modulo di Adesione, ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo.
- L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Aderente produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno in cui il Modulo di Adesione è sottoscritto da parte dell'Aderente, sempre che sia stato pagato il premio. Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
- Successivamente al termine del primo periodo di copertura, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi, e così al termine di ogni singolo periodo di copertura.
- Il Contraente, l'Aderente e l'Assicurato deve 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.
- L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.
- La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia.
- La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione.

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 il diritto di recesso.
- Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☑ NO

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

Assicurazione Vita e collettiva in caso di infortunio, malattia e perdite pecuniarie

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 Tutela Reddito (4C50U)

Data di aggiornamento: 01/07/2021 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Imprese:

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

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

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

BCC Assicurazioni S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Tel. 02466275; sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.
BCC Assicurazioni S.p.A. ,Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

BCC VITA

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, 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 214 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 75 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 34 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 252 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 222 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 3,38 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

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

BCC ASSICURAZIONI

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

- del Patrimonio Netto è pari a 16,9 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,4 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1,7 milioni di euro);

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 10,1 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 20,1 milioni di euro **(b);**
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 20,1 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,00 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

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

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:
Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari a 200.000,00 Euro.
L'importo del capitale assicurato costante che può essere scelto dall'Aderente deve essere multiplo di 1.000,00 Euro.

Rami danni:
In relazione alle coperture prestate, per Infortunio si intende ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità totale permanente o l'Inabilità totale temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:
- l'asfissia non di origine morbosa
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento
- l'annegamento
- l'assideramento o il congelamento
- i colpi di sole o di calore
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti o le ernie
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

In relazione al Pacchetto Plus e alle coperture:
- Inabilità totale temporanea da Infortunio o Malattia, si precisa che l'indennizzo consiste nel pagamento di importi mensili rapportati alla somma assicurata per un massimo di 1.000,00 al mese
- Perdita d'Impiego si precisa che l'indennizzo consiste nel pagamento di importi mensili rapportati alla somma assicurata per un massimo di 1.000,00 al mese e che 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.
- Malattia Grave l'indennizzo consiste nel pagamento di importi mensili rapportati alla somma assicurata per un massimo di 4 malattie gravi nel corso della durata della copertura. Mensilmente l'indennizzo può avere un importo massimo di euro 1.000,00
  Le Malattie Gravi indennizzabili sono:
  a) tumore
  b) cardiopatia coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare
  c) infarto miocardico
  d) ictus cerebrale
  e) insufficienza renale
  f) malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto a cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.

Per entrambi i pacchetti (Base e Plus):
- la copertura Invalidità totale permanente da infortunio o malattia è prestata fino a un massimo di euro 200.000,00 per ogni Assicurato e per essere indennizzabile devono ricorrere le seguenti condizioni:
  a) l'Infortunio o la Malattia si sono verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
  b) l'Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
  c) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
- la copertura Decesso da infortunio è prestata per un massimo di euro 200.000,00 per ogni assicurato e per essere indennizzabile devono ricorrere le seguenti condizioni:
  a) il Decesso da Infortunio si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'assicurazione;
  b) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a

ricevere l'Indennizzo.

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	**Ramo vita:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. **Rami danni:** Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni ed in relazione al Pacchetto plus, si precisa che dalla copertura Malattia Grave sono 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).

Ci sono limiti di copertura?

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

Condizioni di carenza:
Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 90 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 90 giorni dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Rami danni:
Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni integrative;

Inabilità Temporanea Totale
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 dell'Assicurato o del Beneficiario.

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

- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata mensile, 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 mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Perdita di Impiego

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;
- 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 del contratto di lavoro;
- l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Mensile, 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 Mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Malattia Grave

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

- malattie tropicali o epidemiche;
- ietilismo, 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 dell'Assicurato o del Beneficiario;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni.

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

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

Se il nuovo sinistro per Malattia Grave è causato dalla stessa patologia correlata alla precedente Malattia Grave che è stata causa del sinistro, lo stesso NON sarà indennizzabile. E' previsto un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi, se il nuovo sinistro è causato da una diversa patologia, non correlata alla precedente.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

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

- malattie tropicali o epidemiche;
- etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

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

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

Decesso da infortunio

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

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
- suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

Ramo Vita:

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto. Il Contraente e/o l'Assicurato e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  - in assenza di testamento:
    - le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

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. **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 contenuto nella documentazione contrattuale, e devono inoltrarlo a: BCC Assicurazioni S.p.A. c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA) a mezzo raccomandata A/R o all'indirizzo PEC sinistri.cattolica@legalmail.it, unitamente alla documentazione indicata nelle Condizioni di Assicurazione.
	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 mediante fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interesi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. Si richiama l'attenzione dell'Assicurato su quanto sopra riportato affinché sia cura porre i Beneficiari designati nelle condizioni di produrre la documentazione richiesta alla Compagnia. **Rami danni:** In caso di sinistro, l'Impresa provvederà al pagamento dell'indennizzo o al suo rigetto, entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro da parte dell'Impresa o, qualora la denuncia fosse sfornita della necessaria documentazione a corredo, entro 30 giorni dalla ricezione di tale documentazione (che l'Impresa richiederà entro 10 giorni dalla denuncia di sinistro) Nel caso in cui il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni, una volta corrisposto l'indennizzo, l'Assicurato deve redigere a propria cura il modulo di continuazione di Sinistro e inoltrarlo all'Impresa entro e non oltre 60 giorni dal precedente periodo di 30 giorni.
	Gestione da parte di altre imprese: nessuna indicazione
	Assistenza diretta/in convenzione: nessuna prestazione fornita direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la compagnia.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

	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 da versare alla sottoscrizione viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo. Successivamente al termine del primo periodo di copertura, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi, e così al termine di ogni singolo periodo di copertura. **Rami danni:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Sconti	Non previsto

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Rami 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: 60 giorni • Perdita di Impiego: 90 giorni • Malattia Grave: 60 giorni • Invalidità Permanente da Malattia: 90 giorni
Sospensione	Non prevista

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

Revoca	Non prevista
Recesso	**Ramo Vita:** L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A.. Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di conclusione del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso dal Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. 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. **Rami Danni:**

	Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni si precisa che la richiesta di recesso da farsi entro 60 o 30 giorni dalla data di decorrenza deve essere inviata tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo, direttamente all'Impresa o alla Banca di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente a BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano Mail : infore@bccassicurazioni.bcc.it Numero Verde: 800.471800. La comunicazione di recesso pervenuta all'Impresa 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 l'Impresa 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, l'Impresa 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, l'Impresa 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 Impresa. L'Impresa provvederà a rimborsare il premio all'Aderente.
Risoluzione	**<u>Ramo Vita:</u>** La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia. In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative rimarranno operanti fino alla scadenza del periodo relativo all'ultimo premio pagato, cessando quindi alla loro data di naturale scadenza; tutti i premi pagati fino a quel momento rimarranno acquisiti dalla Compagnia. **<u>Rami danni:</u>** Se il Premio non viene pagato alla Data di Decorrenza o alle successive scadenze annuali le garanzie restano sospese fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la Copertura Assicurativa si risolve di diritto.

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?

E' assicurabile la persona fisica che:

- sia correntista della BCC;
- abbia un'età assicurativa, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 74 anni;
- abbia un'età assicurativa massima, a scadenza della copertura, pari a 75 anni;
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia sottoscritto il Questionario Sanitario (QS) e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

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.

Quali costi devo sostenere?

<u>Ramo vita:</u>

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

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
45,00% del premio (al netto della cifra fissa)

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

- **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:

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
84,44%

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

Rami Danni:

- **Costi di intermediazione**
  Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	38%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	**Ramo vita:** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.– Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail reclami@bccvita.bcc.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento. **Rami danni:** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A - Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo, Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 02.21072280 E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it, indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impesa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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	**Ramo vita:** Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo

controversie	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:** In relazione al Pacchetto Plus coperture Inabilità totale o temporanea da Infortunio o Malattia e Malattia Grave qualora tra l'Assicurato e l'Impresa insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale In relazione ad entrambi i pacchetti per la copertura Invalidità totale permanente da Infortunio o Malattia qualora tra l'Assicurato e l'Impresa insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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 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) ed in caso di invalidità permanente. Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni. **Rami danni:** I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

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 COLLETTIVA IN CASO DI INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITE PECUNIARIE

FORMULA TUTELA REDDITO

Prestazioni assicurate da:

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

Le presenti Condizioni di Assicurazione Ed. 01/07/2021, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 01/07/2021**
- **DIP Vita, Ed. 01/07/2021**
- **DIP Aggiuntivo Multirischi, Ed. 01/07/2021**

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente: la Persona Fisica o Giuridica, che sottoscrive il Modulo di Adesione della presente polizza assicurativa.

Assicurato: la Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui alla presente polizza. Nel caso di Aderente Persona Giuridica l'assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).

Assicurazione: il contratto di assicurazione (Convenzione Collettiva) e il suo contenuto.

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

Capitale Assicurato: la somma, costante per tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, scelta dall'Assicurato in fase di adesione e riportata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente/Assicurato stesso.

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

Decorrenza: le ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, in cui ha effetto la copertura assicurativa, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

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.

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

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

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.

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

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

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

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

Intermediario Collocatore: la Banca di Credito Cooperativo che 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 60% 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.

Key Man: la persona fisica, designata come Assicurato dall'Impresa Aderente (che ha sottoscritto il Modulo di Adesione) e che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale.

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 Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato 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 negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- **INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O DA MALATTIA** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo – *Cfr. Sezione A delle Condizioni Particolari*;
- **PERDITA DI IMPIEGO** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico – *Cfr. Sezione B delle Condizioni Particolari*;
- **MALATTIA GRAVE** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore di Impresa Familiare, Non Lavoratore, Key Man se Aderente Persona Giuridica – *Cfr.Sezione C delle Condizioni Particolari*;
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 60% (*)** – per tutti gli Assicurati - *Cfr. Sezione D delle Condizioni Particolari*;
- **DECESSO DA INFORTUNIO** – per tutti gli Assicurati – *Cfr. Sezione E delle Condizioni Particolari*.

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

PACCHETTO BASE	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia≥60%**, per tutti gli Assicurati **Decesso da Infortunio**, per tutti gli Assicurati

PACCHETTO PLUS	**Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia,** qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo **Perdita di Impiego**, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico. **Malattia Grave**, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Impresa familiare o Key Man se Aderente Persona Giuridica. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia≥60%**, per tutti gli Assicurati **Decesso da Infortunio**, per tutti gli Assicurati

GARANZIA OPZIONALE	**Decesso da Malattia**, per tutti gli Assicurati

Il prodotto prevede per particolari profili assicurativi l'esclusione del Pacchetto Base (le combinazioni di garanzie valide sono solo quelle espressamente riportate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente).

(*) - 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 60%.

All'Aderente sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono all'effettivo Status occupazionale dell'Assicurato, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Aderente, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture prestate in base all'effettivo Status occupazionale dell'Assicurato.
In caso di cambiamento di Status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art.10.

L'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o da Malattia, la Malattia Grave, la Perdita d'impiego, l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia e il Decesso da Infortunio sono garanzie appartenenti al Ramo Danni, prestate dalla Compagnia **BCC Assicurazioni S.p.A** e disciplinate nel presente Set Informativo, mentre il Decesso da Malattia è una garanzia di Ramo Vita, prestata dalla compagnia **BCC Vita S.p.A.,** disciplinata nell'apposita sezione Ramo Vita del presente Set Informativo.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

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

1. sia cliente della Banca di Credito Cooperativo
2. ricopra all'interno dell'Impresa Aderente uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale e che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione
3. abbia un'età assicurativa, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 74 anni e abbia un'età assicurativa 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
4. qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali
5. la persona fisica che abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

   ATTENZIONE **– Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**
   - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;

- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

6. **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.

7. l'Aderente/Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora 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, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego, Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia e Malattia Grave, Beneficiario delle prestazioni è l'Aderente stesso.
Beneficiario per la garanzia Decesso da Infortunio sono gli Eredi dell'Assicurato.
Fermo il disposto dell'art. 1920 del c.c.
In caso di Aderente Persona Giuridica, beneficiario per tutte le garanzie sopra esposte 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

Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre tra la data di Decorrenza, riportata sul Modulo di Adesione, ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo.

Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova per altri 12 mesi tacitamente, fermo restando quanto previsto all'Art. 2 – Persone Assicurabili.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta o recesso.

Per ogni Aderente, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data di Decorrenza sempre che alla stessa data sia stato adempiuto all'obbligo del pagamento del Premio dovuto fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1.

Se il Premio non viene pagato alla Data di Decorrenza o alle successive scadenze annuali le garanzie restano sospese fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la Copertura Assicurativa si risolve di diritto.

Art. 5 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE
Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano:

1. alle ore 24:00 del giorno di Decesso dell'Assicurato;

2. a partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
3. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
4. disdetta del rinnovo annuale della copertura assicurativa; la disdetta del contratto deve essere inviata dall'Aderente alla Compagnia almeno 30 giorni prima della data di scadenza del periodo di copertura in corso. Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare la disdetta si faccia riferimento al successivo Art.19.
5. in caso di esercizio del diritto di recesso;
6. la comunicazione da parte dell'Aderente/Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

ART. 6 – DIRITTO DI RECESSO

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 alla Compagnia:

BCC Assicurazioni S.p.A., in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Mail: infore@bccassocirazioni.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 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 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.

ART. 7 – PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al Premio Annuale Lordo, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

L'importo di Premio Annuale (Parte Danni) per le garanzie Perdita di impiego, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e Malattia grave si ottiene moltiplicando il tasso di premio lordo relativo alla garanzia determinata in relazione allo Status Occupazionale per l'Importo della rata mensile assicurata (scelta al momento della sottoscrizione dell'Adesione).

L'importo di Premio Annuale (Parte Danni) per le garanzie Ivalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Decesso da Infortunio si ottiene moltiplicando il tasso di premio lordo puntuale per età assicurativa relativo alla garanzia prescelta per il capitale assicurato (scelto al momento della sottoscrizione dell'Adesione).

Il prodotto prevede, per particolari profili assicurativi, combinazioni di Rata/Capitale specifiche valide solo se espressamente riportate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente.

Il premio da versare alla sottoscrizione viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione e, il primo giorno dello stesso mese di decorrenza dell'anno successivo rispetto alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine del suddetto periodo di copertura, il Premio Annuale lordo è calcolato su base annuale.

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

Art. 8 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente:

- Addebito tramite SDD

ART. 9 - REGIME FISCALE

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

ART. 10 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLO STATUS OCCUPAZIONALE

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi lo status occupazionale dichiarato in fase di sottoscrizione, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario; la Compagnia manterrà in vigore, fino alla scadenza annuale, le sole garanzie non legate allo Status occupazione (Decesso e Invalidità Totale Permanente) ed eserciterà il recesso dal contratto a far data dalla prima scadenza annuale.
Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art.19 – COMUNICAZIONI.

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

Art. 11 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

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

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

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

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

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

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'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

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 possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- 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.

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 possa ragionevolmente essere richiesta.

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;
- certificato medico che attesti l'evento;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Decesso da Infortunio

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- richiesta di liquidazione 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 comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

Il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal

contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

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

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

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

Art. 12 – 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 alle Compagnie 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.**

ART. 13 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Il Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:
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.

ART. 14 – **ALTRE ASSICURAZIONI**
Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 15 – **COLPA GRAVE, TUMULTI**
A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 16 – **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. 26 Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 31 Esclusioni per il caso di Perdita di Impiego, Art. 36 Esclusioni per il caso di Malattia Grave.

ART. 17 – **DIRITTO DI SURROGA**
La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 18 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 19 – **COMUNICAZIONI**
Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

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

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

ART. 20 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 21 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

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

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

Art. 22 - 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. 23 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

ASSICURAZIONE INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

ART. 24 – 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 Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata mensile, 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 mensile, 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 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 25 – PERIODO DI CARENZA PER INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni**: in questo caso, pertanto qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

ART. 26 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 27 – DENUNCE SUCCESSIVE

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

ART. 28 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

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

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

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

ART. 29 – 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 Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Mensile, 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 Mensile, 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 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

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.

ART. 30 – 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.**

ART. 31 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

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. la Perdita di Impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
8. la Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;
9. 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);
10. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
11. 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.

ART. 32 – 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 180 giorni** consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai Non Lavoratori, ai Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare o al Key Man di Persone Giuridiche

ART. 33 – 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 Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un **Indennizzo pari a 6 Rate Mensili**.

Sono indennizzabili sino a quattro Malattie Gravi dell'Assicurato **(24 Rate Mensili)**, tra quelle elencate al successivo Art. 35, 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 è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 34 – PERIODO DI CARENZA PER MALATTIA GRAVE

La copertura assicurativa per Malattia Grave è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni**, pertanto qualora la Malattia Grave insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

ART. 35 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Per essere indennizzabile il Sinistro deve essere ascrivibile ad una delle Malattie Gravi definite successivamente:

1) <u>Tumore</u>

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

2) <u>Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare</u>

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

3) Infarto Miocardico

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

4) Ictus cerebrale

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

5) Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.

E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 36 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

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

i. malattie tropicali o epidemiche;

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

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

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

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

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

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

viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

ix. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;

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

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

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

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

i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;

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

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

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

ART. 37 – DENUNCE SUCCESSIVE

Se il nuovo sinistro per Malattia Grave è causato dalla stessa patologia correlata alla precedente Malattia Grave che è stata causa del sinistro, lo stesso NON sarà indennizzabile.
E' previsto un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi,** se il nuovo sinistro è causato da una diversa patologia, non correlata alla precedente.

ART. 38 – 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.

Sezione D
ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

ART. 39 – 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 Capitale, scelto in fase di sottoscrizione dell'adesione da parte dell'Aderente/Assicurato, seguito relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato è di **Euro 200.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca di Credito Cooperativo.

ART. 40 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 39, 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 90 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente 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. 41.

ART. 41 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

i.malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.
v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:
i. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

ii. 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;
iii. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
ix. 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;
x. 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;
xi. Dolo dell'Assicurato o del Beneficiario.

ART. 42 – 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.

Sezione E
DECESSO DA INFORTUNIO

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

ART. 43 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

L'Indennizzo previsto nel caso di Decesso da Infortunio consiste in un importo pari al Capitale scelto in fase di sottoscrizione dell'adesione da parte dell'Aderente/Assicurato.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato è di **Euro 200.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca di Credito Cooperativo.

ART. 44 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 45, a condizione che:

1. il Decesso da Infortunio si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 47.

ART. 45 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

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

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 Data di Decorrenza;
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. etilismo, 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 trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
8. 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;
9. dolo dell'Assicurato o del Beneficiario.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE DA MALATTIA A PREMIO MONOANNUALE E CAPITALE COSTANTE
(CODICE TARIFFA 4C50U)

Art. 1 – Oggetto.
Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio monoannuale.
La Compagnia BCC Vita S.p.A., in caso di morte da malattia dell'Assicurato stesso nel corso della durata contrattuale, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così come definito all'Art. 6.

La garanzia offerta, selezionabile unicamente in fase di sottoscrizione, è facoltativa ed integrativa della copertura morte da infortunio, offerta dalla Compagnia BCC Assicurazioni S.p.A. e disciplinata nell'apposito separato Fascicolo Informativo (Convenzione Danni).

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte da malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato tramite la compilazione e la sottoscrizione del Questionario Sanitario.

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia al successivo Art. 7 per gli aspetti di dettaglio.

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

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, un importo pari al premio monoannuale calcolato, secondo le modalità previste all'Art. 4, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto.

Il rischio morte da malattia è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7, senza limiti territoriali e senza tenere conto dell'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato, fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Aderenti.
Il contratto fra Compagnia e Contraente è efficace dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella Scheda Convenzione.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Aderente produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno in cui il Modulo di Adesione è sottoscritto da parte dell'Aderente, sempre che sia stato pagato il premio. Qualora il premio non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.
Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, 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 fax al numero 0221072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso 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.

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.

Art. 4 – Il premio.
A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare, un importo pari al premio monoannuale calcolato, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione ed alla data di ciascun eventuale rinnovo annuale.

Il premio annuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, ed all'età raggiunta dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o dei successivi rinnovi annuali.

Il premio da versare alla sottoscrizione viene calcolato *pro rata temporis* facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione, ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo.
Successivamente al termine del primo periodo di copertura, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi, e così al termine di ogni singolo periodo di copertura, fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) e all'art. 11 (Durata) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.

La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia.

In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative rimarranno operanti fino alla scadenza del periodo relativo all'ultimo premio pagato, cessando quindi alla loro data di naturale scadenza; tutti i premi pagati fino a quel momento rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità); pertanto, in caso di sopravvivenza, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

Il pagamento dei premi avviene presso la Banca dell'Aderente, se convenzionata con la Compagnia, attraverso SDD (Sepa Direct Debit).

L'Aderente ha la facoltà di modificare la Banca o il conto corrente di appoggio, purché le nuove coordinate di conto si riferiscano ad una Banca convenzionata con la Compagnia.
Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente di appoggio, l'Aderente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).
La Compagnia provvederà a fornire all'Aderente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio successive.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente, dell'Aderente e/o dell'Assicurato.
Il Contraente, l'Aderente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
– di impugnare il contratto dichiarando al Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, 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, all'Aderente 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 in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

Art. 6 – Capitale assicurato.
Il capitale assicurato è costante ed è indicato nel Modulo di Adesione.

Per ciascun Assicurato il capitale assicurato costante deve rispettare i seguenti limiti:
- il capitale minimo assicurabile è pari a 10.000,00 Euro;
- il capitale massimo assicurabile è pari a 200.000,00 Euro.

L'importo del capitale assicurato costante che può essere scelto dall'Aderente deve essere compreso tra i due suddetti limiti, e deve essere multiplo di 1.000,00 Euro.
Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari a 200.000,00 Euro.

Qualora l'Aderente sia una persona giuridica, il capitale massimo assicurabile complessivo non potrà comunque essere superiore a 400.000,00 Euro, fermo restante il limite di 200.000,00 Euro come capitale assicurato massimo per singolo Assicurato.

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.

Art. 7 – Rischio morte da Malattia – Esclusioni e limitazioni della garanzia.

Art. 7.1 Rischio Morte - ESCLUSIONI
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 Data Iniziale;**
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.**

Art. 7.1.1 Condizioni di Carenza
Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 90 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 90 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;

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dall'adesione dello stesso all'Assicurazione collettiva, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Art. 8 – Cessazione della garanzia per il caso di morte da malattia.
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:

- 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 (Convenzione Danni). 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;
- alla data di compimento da parte dell'Assicurato del 75-esimo anno di età;
- alla data di scadenza naturale successiva alla disdetta del contratto;

In caso di risoluzione del contratto relativamente alle garanzie danni, la copertura assicurativa (garanzia vita) cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza annuale.

Art. 9 – Costi.
Art. 9.1 – Costi sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuale corrisposto.
Ogni eventuale onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Aderente.

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

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
45,00% del premio (al netto della cifra fissa)

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

Tabella B

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)
84,44%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.
È assicurabile la persona fisica che:
- sia correntista della BCC,
- abbia un'età *(*)*, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 e 74 anni;
- abbia un'età *(*)* massima, a scadenza della copertura, pari a 75 anni.
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- abbia sottoscritto il Questionario Sanitario (QS) e, nei casi previsti, venga presentato il Rapporto di Visita Medica (RVM) compilato da un medico, ed effettuato gli accertamenti sanitari richiesti.

(*) 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.

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.

Avvertenza: Resta inteso che la Compagnia ha diritto:
- **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 ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.**

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, il contratto si intenderà risolto.

Art. 11 – Durata.
La durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa), relativamente al primo periodo di copertura, è pari alla frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione, riportata sul Modulo di Adesione, ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo.
Successivamente al termine del primo periodo di copertura, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi, e così al termine di ogni singolo periodo di copertura, fermo restando quanto previsto all'art. 10 (Requisiti soggettivi) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta.

La disdetta del contratto si esercita entro 30 giorni antecedenti la data di scadenza del periodo di copertura in corso mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A., Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia.

La copertura assicurativa può comunque cessare con il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 12 – 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.
La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 13 – 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'Aderente:
- richiesta sottoscritta dell'Aderente.
- 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 decesso:
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
  - in presenza di testamento:
    - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
    - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
  - in assenza di testamento:
    - le generalità, il grado di parentela degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;

- 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;

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 fax al numero 02/21072250 o a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.
In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario, presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.
Se l'Aderente è persona fisica, in caso di morte da malattia dell'Assicurato, Beneficiari sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.
Se l'Aderente è persona giuridica, in caso di morte da malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Azienda Aderente.
L'Aderente può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – 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'Aderente o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 17 – 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. 18 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

GLOSSARIO

Adeguata verifica della clientela

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

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

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;
d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

Aderente

La persona fisica o giuridica che può coincidere o no con il Beneficiario o con l'Assicurato e che sottoscrive il Modulo di Adesione

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.

Assicurato

La Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto; nel caso di Aderente Persona Giuridica l'Assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).

Assicurazione

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

Beneficiario

L'Assicurato o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi. Nel caso in cui l'Aderente sia persona giuridica, il Beneficiario coincide con l'Azienda Aderente.

Capitale in caso di decesso

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

Capitale in caso di invalidità permanente totale

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

Carenza

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

Compagnia

Vedi "Società".

Condizioni di Assicurazione (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.
Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato/Aderente 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/Aderente 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/Aderente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
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.
Set Informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: – Dip Vita; – Dip Aggiuntivo Multirischi; – Condizioni di Assicurazione compreso di 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.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e della malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento

	o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
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	La perdita totale definitiva, a seguito di infortunio o malattia, della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio o malattia è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute.
ISVAP	Vedi "IVASS"
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Key Man	La persona fisica, designata come Assicurato dall'Azienda Aderente che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale.
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto dall'Aderente e da ciascuno degli Assicurati contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito. Data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, a condizione che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sovrapremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

BCC Vita S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 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 Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Verona - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019 - 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

Modulo di Proposta
Garanzia Vita
Formula Tutela Reddito

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

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

Luogo e data:

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

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

Fac Simile

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL SET INFORMATIVO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA E DELL'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 della Società e Firma del Legale Rappresentante)

_____

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

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

_____

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario sanitario.
In particolare, la Compagnia ha diritto:
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.
Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 02/21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI) - 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 consegnategli. Accetta integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.
Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento 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)

_____

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

Member of CISQ Federation

CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
ISO 9001

Codice Modello n. 4C50U – Ultimo aggiornamento: 01/07/2021