

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONNESSO AD UN MUTUO

# Polizza Protezione Mutuo

**Il presente Fascicolo informativo, contenente:**

- a) Nota Informativa**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Glossario**
- d) Modulo di proposta**

**deve essere consegnato all'Aderente prima della sottoscrizione del contratto.**

**AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.**

## INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

**Il presente documento è valido a decorrere dal 1° settembre 2013 e si riferisce al presente Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta**

In seguito all'emanazione del Prov. 7 IVASS del 16/07/2013 sulle "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia sta provvedendo a predisporre sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità che saranno pubblicate, a far data dal 1° novembre 2013, nella home page del sito internet della Compagnia.

**BCC Vita S.p.A.**



**INFORMATIVA PER L'ACCESSO ALL'AREA CLIENTI:  
ART. 38 DEL PROVVEDIMENTO IVASS N.7/2013**

Gentile Cliente,

la informiamo che, come previsto dal Provvedimento IVASS n. 7/2013, potrà consultare la Sua posizione assicurativa con Chiara Assicurazioni S.p.A., per i contratti stipulati dal 01 settembre 2013, accedendo via web ad un'apposita area riservata, c.d. "Area Clienti".

Per poter accedere alla suddetta "Area Clienti" occorre che richieda preventivamente le sue credenziali identificative personali di accesso seguendo i seguenti veloci passaggi:

1. Acceda al sito "[www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it)", selezioni il link "Area Clienti" e clicchi sulla voce "Registrazione Nuovo Utente";
2. Inserisca i dati anagrafici che le vengono richiesti;
3. Inserisca il numero identificativo di una polizza che ha sottoscritto con Chiara Assicurazioni;
4. Inserisca un suo indirizzo di posta elettronica (presti molta attenzione all'inserimento di questa informazione perché a quell'indirizzo e-mail sarà inviata la password che le permetterà di accedere all'"Area Clienti");
5. Stampi e custodisca la user-id o codice utente che il sistema le assegnerà;
6. Acceda alla casella di posta elettronica precedentemente indicata, prenda nota e custodisca la password di accesso che le è stata comunicata via e-mail dalla Compagnia;
7. Entri nuovamente nell'"Area Clienti" del sito [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it) inserendo negli appositi campi le proprie credenziali, ovvero user-id e password, per avere accesso immediato alla consultazione della propria posizione assicurativa.

Dal secondo accesso in poi le sarà sufficiente inserire user-id e password.

Le informazioni contenute nell'"Area Clienti" sono aggiornate e la relativa data di aggiornamento è riportata nell'Area stessa.

Il servizio è totalmente gratuito e l'accesso all'"Area Clienti" è possibile da qualsiasi postazione connessa ad internet tramite le proprie credenziali di accesso rilasciate dalla Compagnia, seguendo le istruzioni sopra riportate.

Per qualunque chiarimento, potrà contattare Chiara Assicurazioni S.p.A. al seguente numero verde:

**800.312955**

**CHIARA ASSICURAZIONI S.P.A.**



## Polizza Protezione Mutuo

### NOTA INFORMATIVA

(La presente nota informativa è aggiornata alla data del 30/10/2015)

La presente copertura assicurativa prevede l'offerta congiunta e inscindibile delle seguenti garanzie:

| Garanzia assicurativa                                                                                                                                   | Compagnia d'assicurazione   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Assicurazione temporanea in caso di Decesso                                                                                                             | BCC Vita S.p.A.             |
| Assicurazione per Inabilità temporanea totale da Infortunio o Malattia<br>Assicurazione per la Disoccupazione<br>Assicurazione per Ricovero Ospedaliero | Chiara Assicurazioni S.p.A. |

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è facoltativa.

### NOTA INFORMATIVA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

#### A) - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

##### 1. Informazioni generali

- BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019. Codice fiscale 06868981009 e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 1714097;
- Sede Legale, Operativa e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- Telefono: 02466275; sito Internet: [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it); indirizzo di posta elettronica: [info@bccvita.bcc.it](mailto:info@bccvita.bcc.it); indirizzo posta elettronica certificata [bccvita@pec.gruppocattolica.it](mailto: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 tenuto dall'IVASS n. 1.00143.

##### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2014 ammonta a 88 milioni di Euro (capitale sociale: 62 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 19 milioni di Euro).

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2014 risulta pari a 1,1 volte.

#### B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

Risultano assicurabili coloro che contraggono un mutuo presso la BCC e i garanti non cointestatari del



contratto di mutuo che, all'atto della sottoscrizione, hanno un'età non inferiore a 18 anni anagrafici e non superiore a 69 anni assicurativi, fermo restando che - alla scadenza del mutuo - la copertura assicurativa non potrà eccedere la data di compimento degli 80 anni assicurativi.

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza è pari la durata del mutuo come di seguito specificato.

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del Contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale;
- per i mutui in corso, è pari a quella residua.

Sono assicurabili esclusivamente i mutui la cui data di scadenza non ecceda la data di compimento degli 80 anni di età (assicurativi) dell'Assicurato.

La durata massima è pari a 30 anni.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

Si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

### **3. Prestazioni e coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

In conseguenza del Contratto di Mutuo stipulato tra l'Aderente e il Contraente, **il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

#### **a) Morte**

La finalità della Polizza è quella quindi di garantire agli aventi diritto nei limiti previsti dalla stessa Polizza:

- in caso di **Morte** dell'Assicurato: il rimborso del debito residuo in linea capitale risultante dal piano di ammortamento del mutuo esclusi eventuali importi dovuti a rate insolute, e determinato in base al piano di rimborso del mutuo, al momento del Sinistro.

Conseguentemente, l'Indennizzo sarà via via decrescente in funzione delle caratteristiche del piano di ammortamento del mutuo concesso dal Contraente all'Assicurato.

Si rinvia agli **artt. 1 e 24** delle **Condizioni di Assicurazione** per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

**AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia agli artt. 2, 24 e 27 delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.**

**AVVERTENZA: il contratto prevede la presenza di massimali; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.**

Il **massimale** è l'importo massimo entro il quale la compagnia di assicurazione è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

**AVVERTENZA: è previsto un limite massimo di età assicurabile.**

**Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all' art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.**

### **4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario – Nullità**

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della Copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 c.c.**

**Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.**

**AVVERTENZA: Si raccomanda l'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Adesione e nel Modulo di Adesione relativamente alla sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute od alla compilazione del questionario sanitario; per conoscere i casi in cui è prevista la compilazione del questionario sanitario si rimanda**



all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** Si raccomanda sulla necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande riportate nel questionario sanitario, nel caso in cui sia prevista la sua compilazione.

#### 5. Periodi di carenza contrattuali

**AVVERTENZA:** il contratto prevede, con riferimento ad alcune coperture assicurative, periodi di carenza.

| PRESTAZIONE ASSICURATIVA | PERIODO DI CARENZA |
|--------------------------|--------------------|
| In caso di Decesso       | 180 giorni         |

Si rinvia per maggiori dettagli all'art.24 delle Condizioni di Assicurazione

#### 6. Aggravamento e diminuzione del rischio - variazioni nella professione

Con riferimento alla garanzia **Morte**, dovrà essere resa comunicazione a BCC Vita circa l'eventuale modifica della propria condizione lavorativa-professionale intervenuta in corso di contratto. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

#### 7. Premi

L'Assicurato paga il Premio in unica soluzione al momento del perfezionamento del Mutuo e per il tramite del Contraente.

L'Aderente, infatti, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Aderente stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente della Compagnia.

**AVVERTENZA:** In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo:

- **BCC VITA rimborsa la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione del mutuo al netto delle eventuali imposte governative,**
  - calcolata per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo;
  - per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo Beneficiario designato.

Per maggiori dettagli sui criteri e le modalità di rimborso si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate) del contratto, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del Mutuo e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

In caso di cessione del Mutuo, la Polizza sarà volturata a favore del Soggetto subentrante, sempreché quest'ultimo sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3 e nei suoi confronti le garanzie saranno operanti nei termini previsti dal piano di ammortamento originale.

Per maggior dettaglio si rimanda all'art. 4 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

#### Relativamente alla garanzia per il caso morte:

L'importo del premio unico viene determinato da BCC Vita considerando:



- il valore del capitale iniziale assicurato, pari all'importo totale del mutuo richiesto (ovvero dell'importo residuo alla data di adesione se trattasi di mutuo in corso), maggiorato del premio di Assicurazione;
- la durata contrattuale;
- l'età assicurativa dell'Assicurato al momento dell'erogazione del mutuo;
- lo stato di salute.

BCC Vita, nel caso in cui dal questionario sanitario o dagli accertamenti sanitari richiesti emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

### Il presente contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto.

Non sono presenti spese di emissione per il contratto.

Di seguito sono riportate alcune esemplificazioni degli importi di premio richiesti da **BCC VITA S.p.A** per la prestazione in caso di morte, relativi alle combinazioni di durata, capitale assicurato ed età.

Gli importi di premio non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti per esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'assicurato abbia reso le necessarie informazioni e nei casi previsti abbia compilato il questionario sanitario o si sia assoggettato agli accertamenti sanitari.

#### Esemplificazione del calcolo degli importi di premio per la prestazione in caso di morte

##### Capitale assicurato: €50.000

| Età | Durata (anni) |          |          |          |          |          |
|-----|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|
|     | 5             | 10       | 15       | 20       | 25       | 30       |
| 30  | 125,50        | 262,50   | 434,50   | 663,50   | 980,50   | 1.429,00 |
| 35  | 157,00        | 343,00   | 596,50   | 951,50   | 1.457,00 | 2.172,50 |
| 40  | 216,00        | 498,00   | 896,50   | 1.467,50 | 2.277,00 | 3.393,50 |
| 45  | 331,00        | 780,50   | 1.426,50 | 2.344,50 | 3.609,50 | 5.359,00 |
| 50  | 527,50        | 1.261,50 | 2.304,50 | 3.739,50 | 5.728,00 | 8.414,50 |

##### Capitale assicurato: €100.000

| Età | Durata (anni) |          |          |          |           |           |
|-----|---------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
|     | 5             | 10       | 15       | 20       | 25        | 30        |
| 30  | 251,00        | 525,00   | 869,00   | 1.327,00 | 1.961,00  | 2.858,00  |
| 35  | 314,00        | 686,00   | 1.193,00 | 1.903,00 | 2.914,00  | 4.345,00  |
| 40  | 432,00        | 996,00   | 1.793,00 | 2.935,00 | 4.554,00  | 6.787,00  |
| 45  | 662,00        | 1.561,00 | 2.853,00 | 4.689,00 | 7.219,00  | 10.718,00 |
| 50  | 1.055,00      | 2.523,00 | 4.609,00 | 7.479,00 | 11.456,00 | 16.829,00 |

##### Capitale assicurato: €200.000

| Età | Durata (anni) |          |          |           |           |           |
|-----|---------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
|     | 5             | 10       | 15       | 20        | 25        | 30        |
| 30  | 502           | 1.050,00 | 1.738,00 | 2.654,00  | 3.922,00  | 5.716,00  |
| 35  | 628           | 1.372,00 | 2.386,00 | 3.806,00  | 5.828,00  | 8.690,00  |
| 40  | 864           | 1.992,00 | 3.586,00 | 5.870,00  | 9.108,00  | 13.574,00 |
| 45  | 1.324,00      | 3.122,00 | 5.706,00 | 9.378,00  | 14.438,00 | 21.436,00 |
| 50  | 2.110,00      | 5.046,00 | 9.218,00 | 14.958,00 | 22.912,00 | 33.658,00 |

### 8. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di partecipazione agli utili.

### 9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate



Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di adeguamento del premio o delle somme assicurate.

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE

### 10. Costi gravanti direttamente sull'Aderente

#### 10.1 Costi gravanti sul premio

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

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

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

| Durata della copertura assicurativa | Costi di acquisizione, gestione ed incasso (*) |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| Media                               | 25,6% del premio unico                         |

\* \* \*

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<br>(quota parte dei costi) |
|------------------------------------------------------------------------------|
| 19,20%                                                                       |

### 11. Sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

### 12. Regime fiscale

#### Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi relativi alle seguenti prestazioni assicurative danni (inabilità totale da infortunio e malattia, Perdita Impiego o disoccupazione, Ricovero Ospedaliero), al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

#### Detraibilità fiscale dei premi

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% da infortunio o malattia, il rischio di morte da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 15 bis comma 1) lett f) del D.P.R. n. 917/86 e successive modifiche ed integrazioni, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Aderente alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

#### Tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del sinistro dell'Assicurato sono esenti da imposizione fiscale e dall'imposta sulle successioni. È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 13. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia agli articoli 4 e 5 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e





la decorrenza delle coperture assicurative.

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.

#### **14. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi**

In ragione del fatto che il presente contratto prevede il pagamento del premio in un'unica soluzione, non è configurabile un'ipotesi di risoluzione per sospensione pagamento dei premi.

#### **15. Riscatto e riduzione**

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto dall'Assicurazione e non prevede valori di riduzione.

#### **16. Revoca della proposta**

Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative - l'Aderente ha la facoltà di revocare il Modulo di Adesione.

Entro il termine sopra indicato l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Compagnia restituisce all'Aderente l'importo del premio unico nel caso in cui l'Aderente abbia già effettuato il versamento.

L'esercizio del diritto di revoca libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta di revoca.

#### **17. Diritto di recesso**

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

#### **18. Rivalse**

La polizza non prevede in nessun caso la presenza di rivalse.

### **E – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI ED ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

#### **19. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

In caso di Sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) o i Beneficiari devono **compilare debitamente l'apposito modulo (incluso nella documentazione contrattuale e in ogni caso disponibile presso il Contraente)** e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione richiesta, a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1, 20143 Milano (Mi).

La Società provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del sinistro, a rendere nota la propria decisione e quindi, eventualmente, al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

**Si rinvia agli artt. 8, 9 e 30 delle Condizioni di Assicurazione per conoscere le modalità ed i termini per la denuncia del sinistro nonché tutta l'ulteriore documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare con riferimento alle diverse coperture assicurative.**

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Società potranno richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della richiesta di liquidazione.

**I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952 c.c., secondo comma.**



**Con riferimento alla copertura Morte si precisa che, qualora entro il suddetto termine di dieci anni gli aventi diritto non richiedano la liquidazione delle prestazioni spettanti, i relativi importi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

## **20. Legge applicabile al contratto**

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

## **21. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

## **22. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: BCC Vita S.p.A. – Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa – Servizio Reclami di Gruppo – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0221072270 – E-mail [reclami@bccvita.bcc.it](mailto: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.

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 06-42133745 o 06-42133353, 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'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esauriva 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](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.

## **23. Informativa in corso di contratto**

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative la Società rimanda altresì al proprio sito internet [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it).

## **24. Comunicazioni dell'aderente alla Società**

Con riferimento alla garanzia Morte prestata da BCC Vita S.p.A. in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

## **25. Conflitto di interessi**

BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni, può trovarsi in possibili situazioni di conflitti di interesse in tutte le situazioni che implicano rapporti con Società del Gruppo o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

La Compagnia è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo; tali procedure prevedono il coinvolgimento delle funzioni operative e di controllo della Compagnia nonché il monitoraggio periodico da parte del Consiglio di Amministrazione.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva



variazione rilevante circa quanto sopra.

**La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno all'Assicurato.**

#### **26. Arbitrato**

In caso di controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinati dal contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 20, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio arbitrale.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto legale più vicina alla residenza dell'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

**AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

\*\*\*

**BCC VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa**

**Il Rappresentante Legale**

**Carlo Barbera**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlo Barbera', written over a horizontal line.



## **NOTA INFORMATIVA**

### **GARANZIE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA, DISOCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS (già ISVAP). L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

#### **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

##### **1. Informazioni generali**

Premesso che non è prevista la possibilità di aderire soltanto alle garanzie descritte nella presente Nota Informativa, tali garanzie sono prestate da **CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.** (di seguito Chiara Assicurazioni), Compagnia di assicurazioni che fa parte del Gruppo Helvetia, iscritto all'Albo dei Gruppi di imprese di assicurazione al n. 031.

Sede legale in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di assicurazione al n. 1. 00153.

Numero di telefono: 02.6328.811 – numero di fax: 02.62086598

Sito internet: [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica: [infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it](mailto:infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it)

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): [chiaraassicurazionipec@postacert.cedacri.it](mailto:chiaraassicurazionipec@postacert.cedacri.it)

Chiara Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP n° 2470 del 26 ottobre 2006, pubblicato su Gazzetta Ufficiale n° 256 del 3 novembre 2006.

##### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Il Patrimonio Netto dell'Impresa ammonta a 19,474 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 12,411 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 4,149 milioni di euro.

L'indice di solvibilità dell'Impresa, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari 1,82.

#### **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, coincide con la durata originaria del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni e mesi interi;
- per i mutui in corso, coincide con la durata residua del contratto di mutuo prevista dal Piano di Ammortamento Iniziale, espressa in anni e mesi interi.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e relativamente alle coperture assicurative prestate da Chiara Assicurazioni la durata massima è pari a 10 anni.

**AVVERTENZA: l'assicurazione cessa alla scadenza contrattuale stabilita senza obbligo di preventiva disdetta.**

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile la copertura, se di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analogo copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

Si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

##### **3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni**

In conseguenza del Mutuo stipulato tra l'Aderente e il Contraente, **il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

**a) Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico)



**b) Perdita d'impiego o disoccupazione** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato)

**c) Ricovero Ospedaliero** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Non Lavoratore)

La finalità della Polizza è quella quindi di garantire agli aventi diritto nei limiti previsti dalla stessa Polizza il rimborso di rate mensili di pagamento del debito inerente il Mutuo **in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero.**

Si rinvia agli **artt. 1, 24, 31, 36 e 41** delle **Condizioni di Assicurazione** per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

**AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia agli artt. 2, 24, 27, 32, 33, 37, 38, 42 e 43 delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.**

**AVVERTENZA: il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli artt. 2, 32, 37 e 42 delle Condizioni di Assicurazione.**

Per **franchigia assoluta** si intende quella parte di danno che resta sempre a carico dell'assicurato; può essere espressa in importo fisso o in percentuale sulla somma assicurata, si distingue dalla **franchigia relativa** che rappresenta un limite, superato il quale il danno è risarcito per intero.

Il **massimale** è l'importo massimo entro il quale la Compagnia di assicurazione è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

**A titolo esemplificativo:**

#### Franchigia assoluta

In merito alla garanzia **Inabilità Temporanea Totale al lavoro da malattia o da infortunio**, è prevista ad esempio una **franchigia assoluta di 30 gg.** Il primo indennizzo, pari a una rata mensile, sarà liquidato solo se saranno trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. Gli indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

| Giorni di Inabilità Temporanea Totale al lavoro (1) | Franchigia (2) | Surplus giorni di inabilità rispetto alla Franchigia $3 = (1) - (2)$ | Surplus giorni espresso in mesi interi | Prestazione erogabile |
|-----------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| 20 giorni                                           | 30 giorni      | 0                                                                    | 0                                      | -                     |
| 50 giorni                                           | 30 giorni      | 20                                                                   | 0                                      | -                     |
| 70 giorni                                           | 30 giorni      | 40                                                                   | 1                                      | 1 rata mensile        |

#### Franchigia relativa

In merito alla garanzia **Ricovero Ospedaliero**, è prevista ad esempio una **franchigia relativa di 7 giorni consecutivi**, superati i quali la Compagnia provvederà al pagamento del primo indennizzo, consistente in una rata mensile. Gli indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

| Giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero (1) | Franchigia relativa (2) | Prestazione erogabile |
|------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 5                                              | 7 giorni                | -                     |
| 10                                             | 7 giorni                | 1 rata mensile        |
| 38                                             | 7 giorni                | 2 rate mensili        |



### **Massimale**

Con riferimento alla garanzia **Disoccupazione**, il numero massimo di pagamenti mensili è di 12 indennizzi per ciascun sinistro e di 36 indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione

**A titolo esemplificativo:**

**Per singolo sinistro**

| Giornate di Disoccupazione | Prestazione Erogata |
|----------------------------|---------------------|
| 180                        | 6 rate mensili      |
| 500                        | 12 rate mensili     |

**Per durata di assicurazione**

| Totale Sinistri | Prest.ne Sinistro n.1 | Prest.ne Sinistro n.2 | Prest.ne Sinistro n.3 | Prest.ne Sinistro n.4 | Prest.ne Massima erogabile Sinistro n.5 | Totale Rate Mensili Erogate |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|
| 5               | 12 rate mensili       | 12 rate mensili       | 6 rate mensili        | 1 rata mensile        | 5 rate mensili                          | 36 rate mensili             |

L'indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero non potrà superare, per ogni Assicurato, la somma di euro 2.000,00 mensili

| Rata mensile Mutuo | Prestazione Erogata |
|--------------------|---------------------|
| 1.800 €            | 1.800 €             |
| 2.200 €            | 2.000 €             |

**AVVERTENZA:** è previsto un limite massimo di età assicurabile.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all' art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario – Nullità**

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni, nonché la stessa cessazione delle coperture, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

**AVVERTENZA:** Si raccomanda l'Assicurato di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute od alla compilazione del questionario sanitario; per conoscere i casi in cui è prevista la compilazione del questionario sanitario si rimanda all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** Si raccomanda sulla necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande riportate nel questionario sanitario, nel caso in cui sia prevista la sua compilazione.



## 5. Periodi di carenza contrattuali

**AVVERTENZA:** il contratto prevede, con riferimento ad alcune coperture assicurative, periodi di carenza.

| PRESTAZIONE ASSICURATIVA    | PERIODO DI CARENZA |
|-----------------------------|--------------------|
| Inabilità temporanea totale | 60 giorni          |
| Disoccupazione              | 60 giorni          |
| Ricovero Ospedaliero        | 30 giorni          |

Si rinvia per maggiori dettagli alle Condizioni di Assicurazione, e più precisamente:

- all'art. 31 con riferimento alla Copertura per Inabilità Temporanea Totale;
- all'art. 36 con riferimento alla Copertura per Perdita d'Impiego;
- all'art. 41 con riferimento alla Copertura per Ricovero Ospedaliero.

## 6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Con riferimento alle garanzie **Inabilità temporanea totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero** Chiara Assicurazioni non richiede all'Aderente alcuna forma di comunicazione in merito a circostanze rilevanti che in corso di contratto determinano la modificazione del rischio.

Con riferimento a possibili variazioni della professione Chiara Assicurazione non richiede all'Assicurato alcuna forma di comunicazione scritta.

Chiara Assicurazioni per la determinazione dell'eventuale prestazione assicurata terrà esclusivamente conto della professione esercitata dall'Assicurato al momento del sinistro. Si rinvia all'**art. 7** delle Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

## 7. Premi

L'Aderente paga il Premio in unica soluzione al momento del perfezionamento del Mutuo e per il tramite del Contraente.

L'Aderente, infatti, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Aderente stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente delle Compagnie.

Di seguito si riportano i costi applicati da **CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A** alla componente di premio relativa alle garanzie Inabilità temporanea totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero, unitamente all'indicazione della quota parte di premio percepita dall'intermediario-Contraente, espressa in valore percentuale del premio (imponibile) di tariffa.

| VOCE                                                 | Età a scadenza dell'Assicurato |            |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
|                                                      | ≤ 70 anni                      | > 70 anni  |
| <b>Spese di emissione</b>                            | Non previste                   |            |
| <b>Caricamento</b>                                   | <b>45%</b>                     | <b>35%</b> |
| <b>Quota percepita dall'intermediario-contraente</b> | <b>30%</b>                     | <b>20%</b> |



## **ESEMPLIFICAZIONE - CHIARA ASSICURAZIONI**

**Esempio di commissione percepita dall'Intermediario/Contraente:**

| <b>Età Assicurato alla stipula</b> | <b>Durata Copertura Danni</b> | <b>Premio Imponibile</b> | <b>Commissione = 30%</b> |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30 anni                            | 10 anni                       | € 1.500,00               | € 450,00                 |

**AVVERTENZA:** In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, Chiara Assicurazioni restituisce all'Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale.

Per maggiori dettagli sui criteri e le modalità di rimborso si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate) del contratto, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria del Mutuo e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

Per maggior dettaglio si rimanda all'artt. 4 e 6 delle Condizioni di Assicurazione.

### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Il presente contratto non prevede alcun meccanismo di adeguamento del premio o delle somme assicurate.

### **9. Rivalse**

La polizza non prevede in nessun caso la presenza di rivalse.

### **10. Diritto di recesso**

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alle Compagnie tramite raccomandata A/R. In tal caso, le Compagnie rimborseranno all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Compagnie sono tenute al rimborso del premio entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

**Se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile.**

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### **11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dalla copertura Danni si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952 c.c.

### **12. Legge applicabile al contratto**

In base all'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto che sarà stipulato si applicherà la legge italiana.

Le Parti possono tuttavia convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e fatta salva in ogni caso la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.





### 13. Regime fiscale

#### Imposta sui premi

I premi relativi alle seguenti prestazioni assicurative danni (inabilità totale da infortunio e malattia, Perdita Impiego o disoccupazione, Ricovero Ospedaliero), al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

#### Tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato sono esenti da imposizione fiscale e dall'imposta sulle successioni. È opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

**AVVERTENZA: l'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.**

**La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.**

**L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.**

**Si rinvia agli artt. 8, 9, 34, 39, 44 delle Condizioni di Assicurazione per conoscere le modalità ed i termini per la denuncia del sinistro nonché tutta l'ulteriore documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare con riferimento alle diverse coperture assicurative.**

Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Società potranno richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della richiesta di liquidazione.

### 15. Reclami

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per Reclamo si intende "una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, anche qualora riguardino soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Società, devono essere inoltrati per iscritto alla Società presso:

Chiara Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami  
Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano  
Fax. +39 02 5351794 - E-mail: [reclami@chiaraassicurazioni.it](mailto:reclami@chiaraassicurazioni.it)

La Società invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

1. possono essere presentati all'IVASS per iscritto (Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Italia, oppure ai fax 06.42133745 / 06.42133353):
  - i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni del D. Lgs. n. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relativi alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
  - i reclami già presentati direttamente alle compagnie di assicurazione e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte delle compagnie stesse o che hanno ricevuto una risposta totale o parziale, ma in ogni caso ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;



- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rinvia alla sezione Reclami del sito della Compagnia [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it).

Si precisa che in caso di 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 internet : [http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm)).

2. Per la risoluzione delle controversie relative al contratto tramite sistemi alternativi il reclamante ha:
- la facoltà di avvalersi della **negoziazione assistita** prevista ai sensi del D.L. 132/2014, convertito con modifiche dalla L. 162/2014, mediante invito, inoltrato tramite il proprio legale, all'altra parte a stipulare una convenzione;
  - l'obbligo - qualora non intendesse avvalersi della negoziazione assistita o il ricorso alla negoziazione stessa non lo abbia pienamente soddisfatto - di attivare, ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., il **procedimento di mediazione** innanzi ad un Organismo di Mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia, che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la vertenza;
  - la facoltà - solo in seguito alla definitiva conclusione del procedimento di mediazione secondo le modalità di cui al sopra citato D. Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. - di adire l'**Autorità Giudiziaria** competente, la quale viene individuata in quella del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto;
  - è in ogni caso facoltà del reclamante ricorrere ad un arbitrato, secondo le modalità di seguito specificate.

Si ricorda che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria.

#### 16. Arbitrato

In caso di controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinati dal contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 20, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio arbitrale.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto legale più vicina alla residenza dell'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

**AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

***Si rinvia al sito internet della Compagnia [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it) per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative***

\*\*\*

***Chiara Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.***

**CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.  
Il Rappresentante Legale**

Fabio Carniol

# Polizza Protezione Mutuo

## GLOSSARIO

(Il presente Glossario è aggiornato alla data del 30/10/2015)

Nella presente Polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

**Adeguate 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:** persona fisica o giuridica che con la sottoscrizione del Modulo di Adesione assume in proprio gli obblighi nascenti dall'Assicurazione.

**Ammortamento di tipo francese a tasso fisso:** è l'ammortamento di tipo francese del mutuo erogato, in cui si assume che, determinata la successione delle quote capitale all'epoca di erogazione del mutuo, anche l'ammontare delle rate di ammortamento del debito stesso rimanga costante nel tempo.

**Assicurato:** il soggetto, che può coincidere o meno con l'aderente, per conto della quale è stipulata l'Assicurazione ed è stato pagato il Premio, che presenta i requisiti di assicurabilità di cui al paragrafo "Requisiti di Assicurabilità", e che abbia fornito il proprio assenso sottoscrivendo il Modulo di Adesione

**Assicurazione:** una copertura assicurativa, di cui alle sezioni della Polizza Collettiva, concessa all'Assicurato dalla Compagnia ed in virtù della quale la Compagnia si obbliga, al verificarsi di un Sinistro, e sempre che risultino regolarmente pagate le rate di premio, al pagamento dell'Indennizzo.

**Banca:** Banca di Credito Cooperativo S.p.A.; il soggetto che distribuisce il prodotto assicurativo e riveste la figura di intermediario assicurativo iscritto alla Sezione D, n D000027070, del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi

**Beneficiario:** il soggetto cui spetta l'indennizzo.

Per la garanzia caso Morte: gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

Per le altre garanzie: l'Assicurato.

**Compagnie:** BCC Vita S.p.A. per la copertura Morte e Chiara Assicurazioni S.p.A. per le coperture Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero.

**Conflitto di interessi:** insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del contraente.

**Contraente:** la BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA S.p.A., che stipula la Polizza Collettiva con le Compagnie per conto degli Assicurati.

**Contratto:** il contratto di mutuo.

**Contratto assicurativo:** è il documento emesso dalla Compagnia concernente le garanzie assicurative prestate e volto a disciplinare il rapporto giuridico tra le Parti. In questo caso, la Polizza di Assicurazione inviata dalla Compagnia al Contraente.

**Data di Decorrenza dell'Assicurazione:** le ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempre che il Contratto sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del mutuo, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del mutuo.

**Disoccupazione:** lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, qualora egli:

- a) abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali; e
- c) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

**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:** Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

**FATCA:** Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. La Compagnia è a tal fine obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni ed una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è altresì obbligata ha effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (*Internal Revenue Service - IRS*).

**Inabilità Temporanea Totale:** la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo in linea capitale del Contratto.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze nocive;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

**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.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

**Lavoratore Autonomo:** la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

**Lavoratore Dipendente:** la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

**Liquidazione:** pagamento della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Malattia mentale:** stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando problematicità sul piano affettivo, socio-relazionale e lavorativo. Rientrano nella definizione di malattie mentali sia le nevrosi sia le psicosi. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, sono considerate malattie mentali la schizofrenia, la depressione, il disturbo da attacchi di panico, l'anoressia, le bulimia, il disturbo ossessivo-compulsivo.

**Modulo di Adesione:** la dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato contestualmente al Contratto di mutuo stipulato con il Contraente, mediante la quale l'Assicurato aderisce alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

**Morte (o Decesso):** il decesso dell'Assicurato accaduto per qualsiasi causa.

**Non Lavoratore:** la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. È equiparato a Non Lavoratore il Lavoratore Dipendente di Ente Privato che, alla data del Sinistro, abbia un'anzianità di servizio inferiore a 12 mesi.

**Normale Attività Lavorativa:** l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitudine 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.

**Periodo di Carenza:** periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'Assicurazione non ha effetto.

**Periodo di Franchigia Assoluta:** periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, oppure per Disoccupazione, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

**Periodo di Franchigia Relativa:** periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, indennizzabile ai termini di Polizza, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo.

**Periodo di Riqualficazione:** periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi di Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Disoccupazione o Inabilità Temporanea Totale.

**Piano di ammortamento:** Modello finanziario che riporta, per ogni periodo di rimborso, l'importo della rata dovuta, distinta tra quota capitale e quota interesse, il debito estinto ed il debito residuo.

Per i mutui di nuova accensione il piano di ammortamento corrisponde al prospetto allegato al Contratto (piano di ammortamento originale o iniziale) Per i mutui in corso il piano di ammortamento corrisponde alla parte residua del piano di ammortamento originale, riferita alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

**Polizza:** le polizze collettive stipulate con le Compagnie dal Contraente per conto degli Aderenti/Assicurati.

**Premio:** la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dall'Aderente alle Compagnie in base alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Contratto assicurato.

**Premio unico:** importo che l'Aderente corrisponde in soluzione unica alle Compagnie.

**Pubblica Amministrazione:** ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine 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 e 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.

**Ricovero Ospedaliero:** la degenza ininterrotta dell'Assicurato, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

**Sindrome organica cerebrale:** termine con il quale vengono indicate le patologie organiche che causano una riduzione della funzione mentale. A titolo esemplificativo ma non esaustivo rientrano in questa categoria: encefalopatia post-traumatica, emorragia intracerebrale e/o subaracnoidea, ematoma subdurale cronico, commozione cerebrale, problemi di respirazione come ipossia o ipercapnia, morbo di Parkinson, Alzheimer.

**Sinistro:** l'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

# Polizza Protezione Mutuo

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 27/02/2015)

### ART. 1 - OGGETTO DELLE COPERTURE

1.1 Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, le Compagnie si obbligano, nei limiti ed alle condizioni stabilite negli articoli successivi, a corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato, in base alla Copertura, qualora si verifichi un Sinistro. Ai fini delle Coperture, il Sinistro può consistere:

- a) nella **Morte**;
- b) nell'**Inabilità Temporanea Totale** causata da Infortunio o Malattia, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
- c) nella **Disoccupazione**, solo qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato;
- d) nel **Ricovero Ospedaliero**, solo qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore.

1.2 Conseguentemente, la Copertura relativa all'Inabilità Temporanea Totale, di cui alla successiva Sezione B, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti di Ente Privato o Non Lavoratori. La Copertura relativa alla Disoccupazione, di cui alla successiva Sezione C, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico. La Copertura relativa al Ricovero Ospedaliero, di cui alla successiva Sezione D, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

1.3 Si conviene che:

- a) la garanzia **Morte** è sottoscritta e prestata da BCC Vita S.p.A.;
- b) le garanzie Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero sono sottoscritte e prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A.

### ART. 2 – MASSIMALI ASSICURABILI

#### - Capitale assicurato

Il capitale inizialmente assicurato deve essere pari all'importo di mutuo erogato, qualora l'erogato superi euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) il capitale assicurato sarà limitato a tale importo.

Previa autorizzazione da parte della Banca, il capitale inizialmente assicurato può essere inferiore alla totalità del mutuo stipulato dall'Assicurato con la Banca; è data facoltà all'Assicurato di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con il limite di sotto-assicurazione pari al 50% dell'importo erogato con un minimo di € 25.000,00.

#### - Prestazioni in caso di sotto-assicurazione

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, la prestazione liquidata in caso di sinistro sarà:

- **per il caso morte**  
pari al debito residuo del mutuo alla data del decesso moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato.
- **per tutte le altre garanzie**  
pari alla rata mensile, comprensiva di capitali ed interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto, moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato.

#### - Indennizzo

L'indennizzo non potrà superare, per ogni Assicurato e per tutti i contratti che siano in essere tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro la somma di:

- a) di Euro 500.000,00 in caso di morte, con le modalità previste al successivo articolo 5;  
La Compagnia BCC Vita S.p.A non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio, una somma superiore a 500.000,00 Euro.

b) di Euro 2.000,00 mensili in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è di 12 rate per sinistro e di 36 rate per la durata delle garanzie.

### ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ AL MOMENTO DELL'ADESIONE

3.1 È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) sia Cliente dell'Intermediario ed abbia stipulato un contratto di mutuo in qualità di intestatario o cointestatario;
- b) sia garante non cointestatario del contratto di mutuo;
- c) abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione;
- d) goda di buona salute, e cioè non sia affetta da malattie gravi (ad eccezione delle malattie mentali) o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- e) sia di età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (assicurativi), fermo restando che l'età alla scadenza non può essere mai superiore a 80 anni (assicurativi).

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

- Assicurare uno solo dei cointestatari, che sottoscriverà il Modulo di Adesione, per l'intero importo del capitale assicurato, secondo quanto previsto all'ART. 2 (Massimali Assicurabili) delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- Assicurare ciascuna delle persone fisiche intestatarie del contratto di mutuo (fino ad un massimo di due), sempre che per ognuna siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti. Dovrà essere sottoscritto un Modulo di Adesione per ognuna di esse; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo assicurato (capitale o rata a seconda della garanzia assicurativa).

E' data inoltre la possibilità di assicurare, in aggiunta all'intestatario del mutuo, il Garante, sempre che per quest'ultimo siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti. Dovrà essere sottoscritto un Modulo di Adesione sia per l'intestatario sia per il garante; in tal caso ciascuna persona è assicurata per un capitale pari al 50% dell'intero importo assicurato (capitale o rata a seconda della garanzia assicurativa).

### ART. 4 – DECORRENZA E DURATA

4.1 Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il Premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di conclusione del contratto ed ha la seguente durata:

- per i mutui di nuova concessione, è pari alla durata originaria del contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale, espressa in anni e mesi interi;
- per i mutui in corso, è pari alla durata residua, secondo il piano di ammortamento originale, espressa in anni e mesi interi.

In ogni caso la durata massima della copertura assicurativa prestata da BCC Vita è pari a 30 anni, mentre la durata massima della copertura assicurativa prestata da Chiara Assicurazioni è pari a 10 anni.

Restano comunque confermati i periodi di carenza di cui all'Art. 24 per il caso Morte e agli artt. 31 Inabilità Temporanea, 36 Disoccupazione e 41 Ricovero Ospedaliero e quanto disposto al successivo punto 4.2.

Per le sole garanzie danni, prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile la copertura, di durata poliennale, è proposta in alternativa ad analoga copertura di durata annuale, a fronte di una riduzione di premio – nella misura indicata in polizza – rispetto a quello previsto per la stessa copertura di durata annuale.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, il contratto di assicurazione si risolve automaticamente a decorrere dalle ore 24 del giorno di estinzione del contratto di finanziamento. In tal caso:

- BCC VITA rimborsa la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione del Mutuo al netto delle eventuali imposte governative, calcolata:
  - per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.
  - per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della

copertura nonché del capitale assicurato residuo.

La componente relativa al caricamento si ottiene moltiplicando l'importo dei costi (Nota informativa, Art. 10 – Costi gravanti direttamente sul premio), per il rapporto tra la durata in anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione e la sua durata complessiva espressa in anni e frazione di anno.

La componente relativa al premio puro si ottiene moltiplicando l'importo del premio versato, diminuito dell'importo dei costi (Nota informativa, Art. 10 – Costi gravanti direttamente sul premio), per il rapporto tra gli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione e la durata complessiva espressa in anni e frazione di anno ulteriormente moltiplicato per il rapporto, non superiore a 1, tra capitale assicurato all'epoca di estinzione della polizza e il capitale assicurato iniziale.

- CHIARA ASSICURAZIONI rimborsa la parte di premio non usufruita a decorrere dal giorno di estinzione del mutuo al netto delle eventuali imposte governative, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura, secondo il seguente algoritmo:

$$R = P/N \times T$$

Dove:

R = rimborso

P = Premio Imponibile (comprensivo di costi e provvigioni)

N = numero di rate mensili totali del piano rimborso mutuo della polizza.

T = le rate mensili residue del piano rimborso mutuo alla scadenza della polizza

L'Assicurato ha tuttavia la facoltà di proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, dandone comunicazione alle Compagnie al momento dell'estinzione del Mutuo e designando l'eventuale nuovo beneficiario. In tal caso le Compagnie emettono la documentazione necessaria secondo le indicazioni ricevute dall'Assicurato.

In caso di rinegoziazione (ivi comprese le estinzioni parziali anticipate) del contratto di mutuo, l'assicurazione resterà in vigore fino alla scadenza originaria dello stesso e le prestazioni continueranno ad essere operanti secondo il piano di ammortamento originale.

4.2 L'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il Contratto ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- morte dell'Assicurato;
- liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte;
- scadenza dell'assicurazione.

4.3 La conclusione della polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione del Modulo di Adesione in tutte le sue parti e a quanto stabilito al successivo art. 5 Modalità assuntive.

#### **ART. 5 – MODALITÀ ASSUNTIVE**

Per capitali assicurati fino a 250.000,00 Euro per ogni testa assicurata, la conclusione della polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione del Modulo di Adesione in tutte le sue parti con particolare attenzione alla dichiarazione dello "Stato di buona salute" (contenuta nelle "Dichiarazioni dell'Assicurato") di cui si riporta la formulazione:

##### **STATO DI BUONA SALUTE**

*Ai fini della validità della copertura per le presenti polizze assicurative, l'Assicurato dichiara:*

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da malattie gravi (ad eccezione delle malattie mentali) o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.

Nel caso in cui l'Assicurato non possa sottoscrivere la dichiarazione dello "Stato di buona salute" di cui sopra, è richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, la compilazione, di un Questionario Sanitario che verrà valutato dalla Compagnia. Quanto dichiarato nel Questionario prevarrà in





9.2 Per la garanzia **Morte** 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..

9.3 La Compagnia che presta la specifica Copertura esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

#### **ART. 10 - ONERI FISCALI**

10.1 Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Aderente.

#### **ART. 11 - MODIFICHE DELLA POLIZZA**

11.1 Le eventuali modifiche alla presente Polizza o a ciascuna delle Coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le Coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

#### **ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI**

13.1 Le coperture per **Morte** ha validità in tutto il mondo, fatto salvo quando indicato nelle esclusioni (art. 27). Le coperture per Inabilità Totale Temporanea, per Disoccupazione e per Ricovero Ospedaliero hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

#### **ART. 14 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

14.1 Le dichiarazioni dell'Assicurato e dell'Aderente devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave. L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

14.2 Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della Copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 c.c.

#### **ART. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI**

15.1 Resta convenuto che la Copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alle Compagnie dell'esistenza di queste ultime.

#### **ART. 16 - COLPA GRAVE, TUMULTI**

16.1 In deroga all'art. 1900 c.c., le Coperture si estendono ai Sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato. In deroga all'art. 1912 c.c. le Coperture si estendono ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

#### **ART. 17 - DIRITTO DI SURROGA**

17.1 Le Compagnie rinunciano al diritto di surroga ex art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

#### **ART. 18 - DIRITTO DI REVOCA**

Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative – l'Aderente, ha la facoltà di revocare il Modulo di Adesione.

Entro il termine sopraindicato l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alle Compagnie, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Compagnia restituisce all'Aderente l'importo del premio unico nel caso in cui l'Aderente abbia già











30.1 Gli aventi causa dell'Assicurato 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. Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

## SEZIONE B

### **ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA** (garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

#### **ART. 31 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

31.1 Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 32 qualora:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33;
- d) l'Assicurato e/o l'Aderente e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8.

#### **ART. 32 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

32.1 L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia consiste nel pagamento - per ogni mese di durata dello stato di Inabilità Temporanea Totale, e nei termini di cui al successivo punto 32.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto

32.2 In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso e di prosecuzione dell'assicurazione, secondo quanto indicato al punto 4.1, questa resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta. Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Compagnia seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 32.1, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

32.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00.

32.4 Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

32.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

32.6 Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti cointestatari, il Capitale iniziale assicurato per testa è pari alla somma erogata ripartita pro-quota tra i cointestatari. Il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione.

Per mutuo erogato si intende:

- A) il capitale iniziale richiesto, maggiorato del costo della copertura assicurativa nel caso in cui il relativo premio sia finanziato, per i nuovi mutui;
- B) il debito residuo alla data di adesione alla polizza risultante dal piano di ammortamento per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 4.1 secondo paragrafo.

#### **ART. 33 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

33.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore.

33.2 Sono esclusi dall'oggetto dell'Assicurazione i casi di Inabilità Totale Temporanea causata da:

- a) le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- b) Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;



- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- e) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo
- g) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- i) Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- m) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- n) le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- o) 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.

33.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

#### **ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI**

34.1 Ai fini della denuncia del Sinistro l'Assicurato deve allegare al Modulo di Adesione la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- b) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- c) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- d) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

34.2 L'Assicurato si impegna 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 deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

#### **ART. 35 - DENUNCE SUCCESSIVE**

35.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

35.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

**SEZIONE C**  
**ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE**  
**(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)**

**ART. 36 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE**

36.1 Nel caso di Disoccupazione, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 37 qualora:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della Copertura nei termini di cui al precedente Art. 4;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 38;
- d) l'Assicurato e/o l'Aderente e/o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8.

**ART. 37 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE**

37.1 L'Indennizzo per il caso di Disoccupazione consiste nel pagamento - per ogni mese di durata dello stato di Disoccupazione, e nei termini di cui al successivo punto 37.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale e di interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto

37.2 In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso e di prosecuzione dell'assicurazione, secondo quanto indicato al punto 4.1, questa resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta. Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Compagnia seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 37.1, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

37.3 L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00

37.4 Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se la data di accadimento del Sinistro, intendendosi per tale la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento o della lettera di messa in Mobilità, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sia trascorso il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

37.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

37.6 Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti cointestatari, il Capitale iniziale assicurato per testa è pari alla somma erogata ripartita pro-quota tra i cointestatari. Il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione.

Per mutuo erogato si intende:

- A) il capitale iniziale richiesto, maggiorato del costo della copertura assicurativa nel caso in cui il relativo premio sia finanziato, per i nuovi mutui;
- B) il debito residuo alla data di adesione alla polizza risultante dal piano di ammortamento per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 4.1 secondo paragrafo.

**ART. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE**

38.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Disoccupazione se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore.

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

- a) 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;

- b) al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione o messa in Mobilità, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- c) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;
- d) la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- e) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- f) la Disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto inserimento, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";
- g) al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana; o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
- h) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);
- i) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità Temporanea Totale;
- j) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- k) la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporta;
- l) l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

38.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

#### **ART. 39 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI**

39.1 Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 8, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al punto 2 del precedente Art. 8 la seguente documentazione:

- a) copia di un documento di identità;
- b) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- c) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- d) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di Mobilità e l'eventuale permanenza in tali liste;
- e) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità.

39.2 L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

#### **ART. 40 - DENUNCE SUCCESSIVE**

40.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

40.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione a una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

**SEZIONE D**  
**ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO**  
**(garanzia attiva solo per Non Lavoratori)**

**ART. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO**

41.1 Nel caso di Ricovero Ospedaliero, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art. 42 qualora:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificata durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla Data di Decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 43;
- d) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8.

**ART. 42 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

42.1 L'Indennizzo per il caso di Ricovero Ospedaliero consiste nel pagamento - per ogni mese di durata del Ricovero Ospedaliero, e nei termini di cui al successivo punto 42.4 - di una somma pari alla rata mensile comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, l'indennizzo verrà proporzionalmente ridotto

42.2 In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso e di prosecuzione dell'assicurazione, secondo quanto indicato al punto 4.1, questa resterà in vigore fino alla scadenza originariamente convenuta. Il pagamento degli Indennizzi mensili da parte della Compagnia seguirà le stesse modalità previste al precedente punto 42.1, fermo restando che l'ammontare degli Indennizzi mensili sarà sempre di importo pari alla rata mensile di rimborso del Contratto, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto.

42.3 L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione a tutti i Contratti di mutuo che siano pendenti tra l'Assicurato e il Contraente alla data del Sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile pari a Euro 2.000,00.

42.4 Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato al termine del Periodo di Franchigia Relativa di 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati al termine di ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

42.5 Il numero massimo di pagamenti mensili è di 12 Indennizzi per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi nel corso della durata dell'Assicurazione.

42.6 Nel caso in cui il mutuo preveda più soggetti cointestatari, il Capitale iniziale assicurato per testa è pari alla somma erogata ripartita pro-quota tra i cointestatari. Il capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un Modulo di Adesione

Per mutuo erogato si intende:

- A) il capitale iniziale richiesto, maggiorato del costo della copertura assicurativa nel caso in cui il relativo premio sia finanziato, per i nuovi mutui;
- B) il debito residuo alla data di adesione alla polizza risultante dal piano di ammortamento per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 4.1 secondo paragrafo.

**ART. 43 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

43.1 Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Ricovero Ospedaliero se, al momento del Sinistro, l'Assicurato risulti essere Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio non inferiore ai 12 mesi o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.

43.2 Sono esclusi i casi di Ricovero Ospedaliero causati da quanto già indicato nel precedente Art. 33 al punto 33.2.

43.3 Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dalla Polizza.

**ART. 44 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI**

44.1 Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo di Adesione la seguente documentazione:

- copia del documento di identità;
- autocertificazione sullo status di Non Lavoratore al momento del Sinistro o copia del contratto di lavoro (nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi);
- certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente.

44.2 L'Assicurato si impegna 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 deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

#### **ART 45 - DENUNCE SUCCESSIVE**

45.1 Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

45.2 Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Compagnia in relazione a una Copertura per Ricovero Ospedaliero cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 Indennizzi mensili.

#### **TERMINE CONDIZIONI**

## ALLEGATO 1 MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

| Polizza n° | Intermediario | Filiale |
|------------|---------------|---------|
|            |               |         |

| Spazio riservato alla Compagnia |  |
|---------------------------------|--|
| Sinistro n°                     |  |

Gentile Cliente,  
per consentire una più rapida valutazione del danno subito, La preghiamo di compilare in stampatello il presente modulo in ogni sua parte e di inviarlo tramite raccomandata, unitamente alla documentazione richiesta, a :

**CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.**  
**Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano – Servizio Sinistri**

Per ogni informazione a Lei necessaria, La invitiamo a contattare il numero verde gratuito **800.31.29.55**, operativo dal lunedì al venerdì dalle h. 8:30 alle h. 13:30 e dalle h. 14:30 alle h. 18:00. La informiamo, inoltre, che per consentire di esaminare la Sua denuncia è necessario sottoscrivere la Sezione 4. “Decreto Legislativo 196/2003 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili”.

**1a - Descrizione dell'accaduto:**

data ...../...../..... ora ..... luogo .....

.....

.....

.....

**1b - Se trattasi di polizza collegata a finanziamento:**

n° Finanziamento.....Istituto Erogante:.....Importo  
Finanziato.....

**2 - Dati dell'assicurato o dell'avente causa:**

Cognome.....Nome.....

Domicilio.....

Comune.....C.A.P.....Prov.....

Telefono.....E-Mail.....

Data di nascita...../...../.....Codice  
Fiscale.....

**3 - Dichiarazione dell'assicurato o dell'avente causa:**

Io sottoscritto/a....., dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed inoltre dichiaro di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire a Chiara Assicurazioni S.p.A. eventuali indagini ed accertamenti, al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

data e luogo  
.....

firma dell'assicurato o dell'avente causa  
.....

#### **4 - Decreto Legislativo 196/2003 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili:**

Io sottoscritto/a, ....., Assicurato o Avente Causa, dichiaro di essere informato del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti vengono trattati con mezzi cartacei, informatici o telematici atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi e comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza e sono necessari al solo ed unico fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che il rifiuto di fornire i dati di cui sopra, o di autorizzarne il trattamento e la trasmissione, implica l'impossibilità di procedere alla gestione e liquidazione del sinistro. I dati potranno venire a conoscenza dei responsabili della cui opera la scrivente si avvale, nonché dei responsabili e degli incaricati del trattamento; l'elenco aggiornato è a disposizione presso la sede della scrivente.

Sono altresì informato del fatto che i dati verranno trattati per il tempo strettamente necessario alla liquidazione del sinistro ed anche successivamente per l'espletamento di tutti gli obblighi di legge e che è mia facoltà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

Il Titolare del Trattamento è Chiara Assicurazioni Compagnia di Assicurazioni Danni S.p.A., Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano

Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili da me forniti, da parte di Chiara Assicurazioni S.p.A., ai soli fini inerenti alla gestione e alla liquidazione del sinistro, nonché per l'esecuzione di obblighi di legge.

Do il consenso ..... Nego il consenso .....

#### **5 – Documentazione da allegare oltre ad un documento di riconoscimento:**

##### **Se trattasi di sinistro Infortunio**

- cartella clinica integrale e ogni documentazione medica utile alla gestione della pratica
- accertamenti delle autorità intervenute
- documentazione comprovante la chiusura dell'infortunio
- atto di morte (sx mortale)
- sostitutivo atto notorio o testamento e documento di riconoscimento degli eredi (sx mortale)
- esame autoptico (sx mortale)
- piano di ammortamento originario (se polizza collegata a finanziamento)

##### **Se trattasi di sinistro Responsabilità Civile**

- documento di riconoscimento del danneggiato
- sezione 6 debitamente compilata dal danneggiato o avente causa
- certificato di stato di famiglia dell'assicurato
- foto dei danni
- fatture/preventivi di ripristino danni (danni a cose)
- ogni documentazione medica utile alla gestione della pratica (lesioni fisiche)
- libretto di circolazione del veicolo (danni a veicoli)
- certificato di iscrizione anagrafe animali d'affezione (danni da animali)
- accertamenti delle autorità intervenute
- dichiarazioni di testimoni con relativi documenti di riconoscimento

### Se trattasi di sinistro **Danni al Fabbricato / Furto**

- denuncia/accertamenti fatta alle autorità/tecnici competenti
- distinta particolareggiata dei beni distrutti/danneggiati/rubati con indicazione del valore
- eventuali dichiarazioni testimoniali unitamente a un documento di riconoscimento
- fatture/preventivi di ripristino danni
- fotografie dei danni

### Se trattasi di sinistro **Protezione del Credito**

- contratto di finanziamento
- piano di ammortamento originario del finanziamento
- modulo di adesione alla polizza assicurativa
- allegare ogni ulteriore documentazione utile alla valutazione del sinistro oppure richiesta dalla

Compagnia, oltre alla seguente documentazione:

- **Inabilità Temporanea Totale**: allegare attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo o di Dipendente di Ente Pubblico al momento del sinistro; certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale.

- **Ricovero Ospedaliero**: allegare attestato che certifichi la condizione di Non Lavoratore o Dipendente di Ente Privato; certificato medico di ricovero in ospedale e cartella clinica integrale.

- **Perdita Impiego**: allegare scheda anagrafico-professionale; contratto di lavoro; lettera di licenziamento; documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici, con status di disoccupato in Italia, presso il Centro per l'Impiego competente, o l'inserimento nelle liste di Mobilità, e l'eventuale permanenza in tali liste; attestazione del pagamento di eventuali indennità di disoccupazione.

### Se trattasi di sinistro **Protezione Carte**

- denuncia sporta alle autorità
- documentazione comprovante il blocco della carta
- estratto conto bancario o della carta di credito
- elenco beni rubati

### Se trattasi di sinistro **RC Amministratori, Sindaci e Dirigenti**

- richiesta di risarcimento presentata contro l'Assicurato, indicando in particolare: la natura e l'ammontare del danno, il nome dei reclamanti effettivi e potenziali, le circostanze di fatto rilevanti, la data e la modalità in cui la Contraente o l'Assicurato ne è venuto a conoscenza per la prima volta

- documentazione contenente tutti i dettagli relativi a fatti e circostanze in base alle quali sia ragionevolmente possibile prevedere che ne derivi una richiesta di risarcimento contro l'Assicurato, indicando in particolare: la natura e l'ammontare del presunto danno, il nome dei reclamanti potenziali, le circostanze di fatto rilevanti, la data e la modalità in cui la Contraente o l'Assicurato ne è venuto a conoscenza per la prima volta

- ogni ulteriore documento utile alla gestione della pratica



**6 – Modulo richiesta danni da parte del danneggiato o avente causa (solo per sinistro Responsabilità Civile)**

Descrizione dell'accaduto:

data ...../...../..... ora ..... luogo .....

.....  
.....  
.....

Dati del danneggiato:

Cognome.....Nome.....

Domicilio.....

Comune.....C.A.P.....Prov.....

Telefono.....E-

Mail.....

Data di nascita...../...../.....Codice

Fiscale.....

Decreto Legislativo 196/2003 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili:

Io sottoscritto/a, ....., Danneggiato o Avente Causa, dichiaro di essere informato del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti vengono trattati con mezzi cartacei, informatici o telematici atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi e comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza e sono necessari al solo ed unico fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che il rifiuto di fornire i dati di cui sopra, o di autorizzarne il trattamento e la trasmissione, implica l'impossibilità di procedere alla gestione e liquidazione del sinistro. I dati potranno venire a conoscenza dei responsabili della cui opera la scrivente si avvale, nonché dei responsabili e degli incaricati del trattamento; l'elenco aggiornato è a disposizione presso la sede della scrivente. Sono altresì informato del fatto che i dati verranno trattati per il tempo strettamente necessario alla liquidazione del sinistro ed anche successivamente per l'espletamento di tutti gli obblighi di legge e che è mia facoltà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

Il Titolare del Trattamento è Chiara Assicurazioni Compagnia di Assicurazioni Danni S.p.A., Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano

Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili da me forniti, da parte di Chiara Assicurazioni S.p.A., ai soli fini inerenti alla gestione e alla liquidazione del sinistro, nonché per l'esecuzione di obblighi di legge.

Do il consenso .....

Nego il consenso .....

data e luogo

.....

firma del danneggiato o avente causa

.....

## MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO – caso morte

### *Protezione Mutuo – APMR005*

Da inviare a BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano

| n. polizza | Assicurato | Agenzia BCC Roma |
|------------|------------|------------------|
|            |            |                  |

La persona fisica/persona giuridica ..... a causa del decesso dell'Assicurato ..... avvenuto in data ....., in qualità di Beneficiaria/o in caso di morte della posizione assicurativa indicata sopra, relativa alla Polizza N° ..... chiede con la presente la liquidazione per sinistro del debito residuo pari a € ..... come previsto contrattualmente.

| BENEFICIARIO | FIRMA | IBAN |
|--------------|-------|------|
|              |       |      |
|              |       |      |
|              |       |      |
|              |       |      |

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- Certificato di morte dell'Assicurato;
- Modulo di adesione;
- Piano di ammortamento completo del mutuo;
- Relazione dell'ultimo Medico Curante, con l'indicazione delle esatte cause della morte;
- Copia integrale della eventuale cartella clinica.
- fotocopia del documento di identità valido e del codice fiscale di tutti i Beneficiari;
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà indicante:
  1. se l'Assicurato abbia lasciato testamento e se tale testamento (del quale devono essere indicati gli estremi della pubblicazione) sia l'ultimo, considerato valido, non modificato da ulteriori disposizioni, né impugnato;
  2. elenco completo di tutti gli Eredi Legittimi dell'Assicurato, generalità, età e capacità giuridica degli stessi.
- copia dell'eventuale testamento valido e non impugnato (solo se l'Assicurato ha lasciato testamento)
- Decreto del Giudice Tutelare e relativa autorizzazione a procedere alla liquidazione (se tra gli Eredi risultano minorenni o incapaci);

In caso di decesso imputabile a morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:

- verbale dell’Autorità giudiziaria che ha rilevato la dinamica del sinistro, nonché estratto del registro degli atti penali recante l’indicazione dell’ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio di persona coinvolta nel sinistro.
- eventuale copia del referto autoptico e dell’esame alcoolimetrico.

I Beneficiari autorizzano la Compagnia a svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie e a richiedere eventuali ulteriori documenti

Si autorizza al trattamento dei dati personali (D.Lgs 30 giugno 2003 n.196)

Luogo e Data

Timbro e Firma della BCC di Roma

---

# INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'articolo 13 del D.L. 30/6/2003 n° 196)

## 1) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative <sup>(1)</sup>

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, le Compagnie devono disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti <sup>(2)</sup> e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge <sup>(3)</sup> – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili <sup>(4)</sup> strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela <sup>(5)</sup>, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e le Compagnie, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. “catena assicurativa” <sup>(6)</sup>.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della “catena assicurativa” effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

## 2) Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte delle Compagnie al fine di rilevare la qualità dei servizi o bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari <sup>(7)</sup>: il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati.

## 3) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati <sup>(8)</sup> dalle Compagnie – titolari del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nelle Compagnie, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa <sup>(9)</sup>; lo stesso fanno anche i

soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

#### 4) Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso le Compagnie o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento <sup>(10)</sup>.

- Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente alla prestazione in caso di morte, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso BCC Vita S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano, tel. 02 466275, fax 02 89078949, e-mail: Info@bccvita.bcc.it <sup>(11)</sup>.
- Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente a tutte le altre prestazioni, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A. – Sede Operativa e Direzione Generale Via G.B. Cassinis, 21, 20139 Milano - tel. 02 632881, fax 02 62086598, e-mail: infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it <sup>(11)</sup>.

#### NOTE

<sup>(1)</sup> La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

<sup>(2)</sup> Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 6, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici.

<sup>(3)</sup> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>(4)</sup> Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

<sup>(5)</sup> Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

<sup>(6)</sup> Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;

- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;

- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

- ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;

- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, quali (ripartiti secondo i rami assicurativi interessati):

Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche, CIAA; Concordato Cauzione Credito 1994; ULAV - Unione Latina Assicurazione Valori; Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici; Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento; Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l.; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste; ANADI - Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto; SIC - Sindacato Italiano Corpi; Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici; IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale, 21 - Roma); nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di informazione finanziaria per l'Italia; Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione; Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze



dell'ordine P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

<sup>(7)</sup> I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.

<sup>(8)</sup> Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

<sup>(9)</sup> Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

<sup>(10)</sup> Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse.

L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

<sup>(11)</sup> L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è conoscibile in modo agevole anche nei siti internet [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it) e [www.chiaraassicurazioni.it](http://www.chiaraassicurazioni.it). La normativa e le disposizioni contenute nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente.

Proposta di Adesione alle Polizze Assicurative **Protezione Mutuo** N. **30000148** e N. **100.1.000.032** stipulate tra la Banca di Credito Cooperativo di Roma e le Compagnie Chiara Assicurazioni S.p.A. e BCC Vita S.p.A.

**N. «NUMERO\_POLIZZA»**

| Aderente                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| Aderente:                                                                                                                                                                                  |      | Sesso:                                                                              |      | Persona Fisica o Giuridica                                                     |  |
| Codice Fiscale/P. IVA:                                                                                                                                                                     |      | Professione/Settore:                                                                |      |                                                                                |  |
| Indirizzo:                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| CAP:                                                                                                                                                                                       |      | Comune:                                                                             |      | Provincia:                                                                     |  |
| Assicurato                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Assicurato:                                                                                                                                                                                |      | Sesso:                                                                              |      | Età assicurativa:                                                              |  |
| Comune di nascita (o Stato estero):                                                                                                                                                        |      | Provincia:                                                                          |      | Cittadinanza:                                                                  |  |
| Codice Fiscale                                                                                                                                                                             |      | Professione:                                                                        |      | Categoria Professionale:                                                       |  |
| Indirizzo:                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| CAP:                                                                                                                                                                                       |      | Comune:                                                                             |      | Provincia:                                                                     |  |
| Autorizzazione all'adesione da parte dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente)                                                                                                            |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Il sottoscritto dell'art. 1919, comma 2.                                                                                                                                                   |      | autorizza l'Aderente alla stipula della presente polizza per proprio conto ai sensi |      |                                                                                |  |
| Luogo                                                                                                                                                                                      |      | Data                                                                                |      | Firma dell'Assicurato                                                          |  |
| Designazione dei Beneficiari                                                                                                                                                               |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Beneficiario irrevocabile in caso di Morte limitatamente alla <u>quota parte di prestazione in caso di decesso corrispondente al debito residuo effettivo alla data di decesso stessa:</u> |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| in caso di aderente persona giuridica: l'Aderente<br>in caso di aderente persona fisica: gli Eredi Legittimi, salvo diversa comunicazione scritta                                          |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Luogo                                                                                                                                                                                      |      | Data:                                                                               |      | Firma dell'Aderente<br>(o di altro soggetto con poteri di firma)/ (Assicurato) |  |
| Intermediario                                                                                                                                                                              |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Intermediario:                                                                                                                                                                             |      | ABI:                                                                                |      | CAB:                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                     |      | Codice Sportello:                                                              |  |
| Mutuo                                                                                                                                                                                      |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Importo iniziale mutuo:                                                                                                                                                                    |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Data stipula mutuo:                                                                                                                                                                        |      | Data scadenza mutuo:                                                                |      | Durata:                                                                        |  |
| Polizza                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Codice Prodotto:                                                                                                                                                                           |      | Codice Nota Informativa e Glossario:                                                |      | Codice Condizioni di Assicurazione:                                            |  |
| Capitale assicurato:                                                                                                                                                                       |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Data di decorrenza Contratto Vita dalle ore 24.00 del:                                                                                                                                     |      | Data di scadenza Contratto Vita dalle ore 24.00 del:                                |      | Durata Contratto Vita:                                                         |  |
| Data di decorrenza Contratto Danni dalle ore 24.00 del:                                                                                                                                    |      | Data di scadenza Contratto Danni dalle ore 24.00 del:                               |      | Durata Contratto Danni:                                                        |  |
| Premio (in euro)                                                                                                                                                                           |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Premio Lordo Unico:                                                                                                                                                                        |      | di cui Imposte:                                                                     |      |                                                                                |  |
| di cui Premio Lordo Vita:                                                                                                                                                                  |      | Costi a carico dell'Aderente                                                        |      | di cui importo percepito dall'intermediario:                                   |  |
| di cui Premio Lordo Danni:                                                                                                                                                                 |      | di cui Imposte:                                                                     |      | Costi a carico dell'Aderente:                                                  |  |
| di cui importo percepito dall'intermediario:                                                                                                                                               |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Modalità di Pagamento: Addebito diretto in conto corrente bancario                                                                                                                         |      |                                                                                     |      |                                                                                |  |
| Coordinate Bancarie:                                                                                                                                                                       | ABI: | CAB:                                                                                | CIN: | Numero C/C:                                                                    |  |

Pag. 1 di 4

PRP\_APMR005\_XX



BCC Vita S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bccvita@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 06868981009 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 62.000.000,00 i.v. - 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 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona  
www.bccvita.it

Una Società del Gruppo



Chiara Assicurazioni S.p.A. - Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 MILANO - chiaraassicurazioni@postacap. Soc. Euro 12.411.000,00 i.v. - CF. P.IVA e Reg. Imprese Milano 05366510963, REA n. 1886321 Imp. Autor. all'eser. delle Ass. sui Danni con Provv. ISVAP N. 2470 del 26/10/2006 - G.U. N. 256 del 3/11 Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Generale e Direzione per l'Italia  
Iscr. Albo Imprese di Ass. n.1. 00153- Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ordine 031

**Prestazioni**

1. INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (valida solo per *lavoratore autonomo e dipendente di ente pubblico*)
2. PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO (valida solo per *dipendente di ente privato*)
3. RICOVERO OSPEDALIERO (valida solo per *non lavoratore*)
4. MORTE PER TUTTE LE CAUSE (valida per tutte le categorie professionali)

(Le garanzie 1), 2) e 3) sono prestate per una durata massima pari a 10 anni dalla data di decorrenza)

**Dichiarazioni dell'Aderente**

INFORMATIVE PRECONTRATTUALI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**L'Aderente dichiara inoltre di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo contenente: "Nota Informativa", "Glossario", "Condizioni di assicurazione", "Modulo di Proposta".**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)

**APPROVAZIONI SPECIFICHE**

L'Aderente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 secondo comma: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari – i seguenti articoli: Art. 1 – Oggetto delle coperture; Art. 4 – Decorrenza e Durata; Art. 9 – Modalità di liquidazione dei sinistri; Art. 22 – Cessione dei diritti.

**L'Aderente dichiara di essere stato adeguatamente informato che la presente polizza è facoltativa, vale a dire non obbligatoria né condizionante l'erogazione del mutuo.**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)

**Condizioni valide solo in caso di polizza di durata poliennale ed esclusivamente per le garanzie prestate da Chiara Assicurazioni**

Ad integrazione e/o parziale modifica delle Condizioni di Assicurazione ricevute, con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della Polizza, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile, l'Aderente prende atto di quanto di seguito indicato:

- l'applicazione di uno sconto per durata poliennale pari al 15% rispetto al premio previsto per la stessa copertura di durata annuale (esclusivamente per le garanzie prestate da Chiara Assicurazioni);
- la possibilità, a fronte dello sconto sopraindicato, di esercitare la facoltà di recedere annualmente dalle garanzie prestate da Chiara Assicurazioni, a partire dal quinto anno. Se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente, trascorso il quinquennio, può esercitare tale facoltà, con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

FERMO IL RESTO

Firma dell'Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)



PRP\_APMR005\_XX





N. «NUMERO\_PROPOSTA»

**Dichiarazioni dell'Assicurato – Assumibilità**

**DICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE (DBS)**

Ai fini della validità della copertura per le presenti polizze assicurative, l'Assicurato dichiara:

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da malattie gravi (ad eccezione delle malattie mentali) o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologica, malattie genetiche;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO SANITARIO**

Nel caso in cui all'Assicurato non possa sottoscrivere la DBS di cui sopra, è richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario. Quanto dichiarato nel questionario prevarrà in ogni caso sulla Dichiarazione di Buona Salute.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura assicurativa a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA**

Nel caso in cui si volesse assicurare un capitale superiore a 250.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro, o l'importo di uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio dall'Assicurato sia superiore a 250.000,00 Euro, si richiede: la compilazione da parte di un Medico del Rapporto di Visita Medica, analisi delle urine ed altri accertamenti sanitari.

L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

Le Compagnie garantiscono la copertura a seguito della valutazione positiva del Rapporto di Visita Medica.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:**

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURATO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE L'ASSICURATO DEVE VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NELLA DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE;
- ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURATO PUO' CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE CON IL TOTALE COSTO A CARICO DELLO STESSO.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

PRP\_APMR005\_XX



BCC Vita S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bccvita@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 06868981009 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1714097 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00143 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 62.000.000,00 i.v. - 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 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona [www.bccvita.it](http://www.bccvita.it)

Una Società del Gruppo



**Chiara Assicurazioni S.p.A.** - Via G. B. Cassinis, 21 - 20139 MILANO - chiaraassicurazioni@postacap. Soc. Euro 12.411.000,00 i.v. - CF. P.IVA e Reg. Imprese Milano 05366510963, REA n. 1886321 Imp. Autor. all'eser. delle Ass. sui Danni con Provv. ISVAP N. 2470 del 26/10/2006 - G.U. N. 256 del 3/11 Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Generale e Direzione per l'Italia **Iscr. Albo Imprese di Ass. n.1. 00153- Iscr. Albo Gruppi Ass. n. d'ordine 031**

**N. «NUMERO\_PROPOSTA»**

**Diritti dell'Aderente**

**REVOCA**

E' possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di revoca del presente modulo di Adesione entro il giorno precedente la data di conclusione del contratto.

**RECESSO**

E' possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di recesso dal presente modulo di adesione entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto stesso.

**Autorizzazioni dell'Aderente e dell'Assicurato**

**MODALITÀ DI ADDEBITO**

L'Aderente delega la Banca di Credito Cooperativo di Roma ad effettuare il pagamento del premio delle presenti polizze assicurative in favore delle compagnie BCC VITA S.p.A. e CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.

|       |      |                                                             |
|-------|------|-------------------------------------------------------------|
| Luogo | Data | Firma Aderente<br>(o di altro soggetto con poteri di firma) |
|-------|------|-------------------------------------------------------------|

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'Aderente/Assicurato dichiara/no di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. 196/2003) e di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

L'Aderente/Assicurato dichiara/no inoltre di non acconsentire al trattamento dei dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale.

|       |      |                                                             |                  |
|-------|------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| Luogo | Data | Firma Aderente<br>(o di altro soggetto con poteri di firma) | Firma Assicurato |
|-------|------|-------------------------------------------------------------|------------------|

**Spazio Riservato all'Incaricato della Banca**

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione del sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state riportate in mia presenza e che il versamento del premio è stato effettuato con le modalità di sopra indicate. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di essere a conoscenza del D.lgs. n° 231/2007 e successive modificazioni.

|       |      |                                   |
|-------|------|-----------------------------------|
| Luogo | Data | Firma dell'Incaricato della Banca |
|-------|------|-----------------------------------|

BCC Vita S.p.A.

Il Rappresentante Legale  
Carlo Barbera



Chiara Assicurazioni S.p.A.

Il Rappresentante Legale  
Fabio Carniol

«LUOGO»,

il «DATA\_EMISSIONE»

Firma dell'Aderente  
(o di altro soggetto con poteri di firma)

PRP\_APMR005\_XX

