

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

PROTEZIONE PRESTITO

Prestazioni assicurate da:



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

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva di Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è facoltativa e non indispensabile per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

BCC Assicurazioni S.p.A.

- a) BCC Assicurazioni S.p.A. Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124;
- b) Sede Legale: in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996;
- e) Società di revisione: PKF ITALIA SPA, Viale Vittorio Veneto, 10 – 20124 Milano.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2014 ammonta a 14 milioni di Euro di cui 14 milioni di euro sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.

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 al 387%.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Bcc Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Iccrea Holding S.p.A.

Il presente prodotto è intermediato da Banca di Credito Cooperativo.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Convenzione Collettiva

La presente Convenzione Collettiva, stipulata dalla Banca di Credito Cooperativo con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

Singole Coperture Assicurative

Per tutte le garanzie l'Assicurazione ha durata pari alla durata originaria del prestito con un una durata minima pari a 6 (sei) mesi ed una massima pari a 72 (settantadue) mesi (compreso un eventuale periodo di preammortamento della durata massima di 4 mesi). Vedi art.4 delle CGA.

Il Contratto ha durata Poliennale e sulla base di quanto previsto dall'Art. 1899 del CC, allo stesso è stato applicato uno sconto così come indicato nel successivo punto. 7 – PREMIO. A fronte dell'applicazione del suddetto sconto l'Assicurato, salvo il diritto di ripensamento di cui al punto. 8 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO, non può recedere dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati:

PACCHETTO	GARANZIE	RIFERIMENTI
MODULO UNICO	– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia	Art. 31
	– Perdita Impiego	Art. 37
	– Ricovero Ospedaliero	Art. 42
	– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e da Malattia	Art. 26
	– Morte	Cfr Fascicolo Inform. Vita

Le garanzie sopra riportate non possono essere vendute separatamente una dall'altra.

Le garanzie danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo; le garanzie vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo Vita.

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere , in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 33
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 39
- Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 44
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP) – Art. 28
- Decesso – Cfr Fascicolo Informativo Vita.

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli articoli:

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 31, 36;
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 37, 40;
- Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 42, 46;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP) – Art. 26;
- Decesso – Cfr Fascicolo Informativo Vita.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

1° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/11/2011
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; € 0,00

2° caso

- periodo di ITT al lavoro comprovato: 05/09/2011 – 20/03/2012
- Rata protetta mensile come da Modulo di adesione sottoscritto € 400,00
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg; 4 rate mensili x € 400,00 = € 1.600,00

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

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

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

Con riferimento alla posizione dei singoli assicurati le garanzie cessano alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

1. scadenza del Contratto di Finanziamento;

2. per il solo caso di Perdita Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
3. decesso dell'Assicurato o liquidazione in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

Il Contraente della convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio assicurativo, relativo ad ogni singolo Assicurato, determinato come riportato nelle Condizioni Generali di polizza, avverrà tramite l'utilizzo di procedura RID; versato direttamente sul CC della Società.

La frazione di mese viene considerata una intera mensilità.

Lo sconto applicato corrisponde al: 1,84%.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite RID.

7.2 Costi gravanti sul premio

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

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

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
6 – 72 mesi	3,75%	45,00%	88,00%

Tabella esemplificativa dei premi:

A solo titolo esemplificativo la seguente tabella è stata compilata considerando il tasso unico lordo vita e danni del 3,75% relativo ad una durata del prestito compresa tra 6 e 72 mesi.

	Modulo Unico
Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 10.389,61
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	72 (6 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 389,61
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 382,34
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 172,05
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 152,93

7.3 AVVERTENZA - Rimborso del Premio per estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In caso di anticipata estinzione del Finanziamento i premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi). A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento

Sp = spese di rimborso

Esempio:

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

$$R = 1000 * 34/60 - 25,00\text{€}$$

$$R = 566,67 - 25,00$$

$$R = 541,67$$

In alternativa a quanto previsto al precedente punto la Compagnia, su richiesta del debitore/Assicurato fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

8. AVVERTENZA - Diritto di ripensamento (recesso)

L'Assicurato può recedere dal presente contratto:

- Entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso alla Compagnia.

Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà totalmente il premio corrisposto, senza applicare alcun onere a carico dell'Assicurato.

Nel caso di recesso esercitato entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia rimborserà il premio corrisposto, ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia, dal premio rimborsato all'Assicurato.

Oppure

- Trascorsi almeno 5 anni di copertura assicurativa con effetto dalla data di ricevimento della richiesta. La Compagnia provvederà alla restituzione all'Assicurato della parte di premio Danni, pagato e relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Per conoscere in dettaglio i tempi, le modalità e i riferimenti per l'invio della richiesta di Rimborso si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione - Art. 7.1, 7.2, 7.3.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro

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

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

(*) **BCC Assicurazioni S.p.A.**
c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED"
e – "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –
Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,
Numero Verde telefonico 800.394346
(il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00
e dalle ore 14.00 alle 18.00).

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'articolo 13 delle CGA.

Qualora l'Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

13. Reclami

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

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

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 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'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, si fa riferimento ai seguenti articoli delle CGA:

- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP) – Art. 30**
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT) – Art. 36**
- **Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 47**

BCC Assicurazioni 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



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato: Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di 2, in relazione alla quale la Compagnia concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e sottoscritto il Modulo di Adesione.

Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

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

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

Contraente: La Banca di Credito Cooperativo che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.

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

Data Iniziale: Le ore 24:00 del giorno in cui è erogato a favore dell'Assicurato il finanziamento regolato nel Contratto, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio iniziale e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

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

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

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

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

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

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

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in base al contratto di assicurazione in caso di Sinistro.

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

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

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

Intermediario Collocatore: La Banca di Credito Cooperativo che propone all'Assicurato la copertura assicurativa.

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA".

Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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

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

Lavoratore Dipendente Privato: La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla

base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

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

Non Lavoratore: La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico, inclusi i pensionati.

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

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

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

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

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

Periodo di Riqualificazione: Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Ricovero Ospedaliero, liquidabile ai sensi del contratto di assicurazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la

sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Ricovero Ospedaliero.

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

Premio: La somma in denaro comprensiva di imposte che la Banca Contraente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

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

L'importo protetto della rata rimarrà costante anche nel caso di modifiche dell'effettiva rata del Finanziamento da rimborsare che dovesse mutare nel tempo per effetto della naturale variazione del criterio di indicizzazione, qualora il Finanziamento sia a tasso indicizzato e non fisso o eventualmente del concorrere di altre variabili descritte nel contratto di Finanziamento medesimo.

Ricovero Ospedaliero: La degenza, 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, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle condizioni particolari di assicurazione.

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati:

PACCHETTO	GARANZIE
MODULO UNICO	<ul style="list-style-type: none">– Inabilità Totale Temporanea derivante da Infortunio e da Malattia– Perdita Impiego– Ricovero Ospedaliero– Invalidità Totale Permanente derivante da infortunio e da Malattia– Morte

Le garanzie sopra riportate non possono essere vendute separatamente una dall'altra.

Le garanzie danni sono disciplinate nel presente Fascicolo Informativo; le garanzie vita sono disciplinate nell'apposito separato Fascicolo Informativo Vita.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone fisiche (o persone fisiche titolari di Ditte Individuali) che:

1. siano clienti dell'Intermediario e abbiano stipulato con esso un Contratto di Finanziamento;
2. abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
3. godano di buona salute, ovvero non siano affette da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
4. siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti e, in caso di sinistro, svolgano la propria Normale Attività Lavorativa da almeno 12 mesi e non siano stati assenti, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio (escluso il caso di Non Lavoratore);
5. abbiano un'età, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non inferiore a 18 anni, né superiore a 69 anni non compiuti;
6. L'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ad anni 70.

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da più persone, si considera assicurata ciascuna delle persone fisiche indicate nel Modulo di Adesione (fino ad un massimo di due), sempre che, rispetto a ognuna di esse, ricorrano le condizioni di assicurabilità sopra elencate. In caso di pluralità di Assicurati ciascuno di essi è assicurato in proporzione al numero complessivo di Assicurati.

ART. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

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

ART. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data il Contraente abbia adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data ai sensi del successivo Art. 8 e che, in relazione all'Assicurato o, se del caso, agli Assicurati, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.

L'assicurazione per tutte le garanzie ha durata pari alla durata originaria del Prestito Personale, con una durata minima pari a 6 mesi ed una durata massima pari a 72 mesi (compreso un eventuale periodo di preammortamento della durata massima di 4 mesi). Durante l'eventuale periodo di preammortamento saranno operanti soltanto le garanzie Morte e Invalidità Totale Permanente; le garanzie Inabilità Totale Temporanea, Perdita Impiego e Ricovero Ospedaliero non saranno operanti ma per tali garanzie decorreranno comunque i relativi Periodi di Carenza.

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

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

ART. 5 - RIMBORSO DEL PREMIO

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce al debitore/Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, limitatamente al caso di Pagamento del premio assicurativo in un'unica soluzione.

In caso di anticipata estinzione del Finanziamento i premi da rimborsare vengono determinati secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi). A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

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

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

MR = mesi residui di copertura

D = durata totale (in mesi) del finanziamento

Sp = spese di rimborso

Esempio:

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

$$R = 1000 * 34/60 - 25,00€$$

$$R = 566,67 - 25,00$$

$$R = 541,67$$

In alternativa a quanto previsto al precedente punto la Compagnia, su richiesta del debitore/Assicurato fornisce la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

ART. 6 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE

Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- scadenza del Contratto di Finanziamento;
- per il solo caso di Perdita Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
- Decesso dell'Assicurato o liquidazione in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

ART. 7 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO (RECESSO)**7.1 – Ripensamento dopo la stipulazione del contratto e nei 60 giorni successivi alla Data di Decorrenza**

L'Assicurato può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di Decorrenza o dalla Data Iniziale inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

- **Fax: 02/21072250**
- **Indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Telefono 02/466275**

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Assicurato entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

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

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

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

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

L'Assicurato ha un'ulteriore facoltà di recedere dal presente contratto, decorso il predetto termine di cui al punto 7.1 (per il diritto di ripensamento) dopo che sia trascorso un periodo di 5 anni di copertura completa, ovvero siano state pagate 5 annualità.

Il recesso avrà effetto dalla data di ricevimento della comunicazione, inviata alla Compagnia tramite lettera Raccomandata A.R. o o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.) :

- **Fax: 02/21072250**
- **Indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Telefono 02/466275**

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

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

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

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

Metodo di Rimborso su base Mensile

L'importo di tale rimborso si determina moltiplicando il rapporto tra il premio unico corrisposto (al netto delle imposte) e la durata della copertura assicurativa inizialmente comunicata (espressa in mesi interi - quali frazioni di anno) per la durata residua della copertura assicurativa (espressa in mesi interi). A tale risultato vengono sottratte spese di rimborso così come indicate nel modulo di adesione.

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

$$R = P * MR/D$$

Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

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

Esempio:

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

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

ART. 8 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Il premio dovuto alla Compagnia è unico e anticipato ed è determinato per ogni singolo Assicurato in relazione ai tassi riportati nella seguente tabella e all'ammontare del capitale finanziato del Finanziamento:

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio lordo
6 – 72 mesi	3,75%

(*) Considerando che le garanzie assicurative sono inscindibili l'una dall'altra è stato espresso nella Tabella sopra riportata il tasso totale unico, comprensivo anche della parte di premio relativa alle garanzie vita, disciplinate in apposito separato Fascicolo Informativo.

Lo sconto applicato al tasso corrisponde al: 1,84%.

ART. 9 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite RID.

ART. 10 – COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

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

Durata del finanziamento (mesi)	Tasso di Premio Lordo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso	Provvigioni percepite dall'Intermediario (quota parte dei costi)
6 – 72 mesi	3,75%	45,00%	88,00%

Tabella esemplificativa dei premi:

A solo titolo esemplificativo la seguente tabella è stata compilata considerando il tasso unico lordo vita e danni del 3,75% relativo ad una durata del prestito compresa tra 6 e 72 mesi.

	Modulo Unico
Capitale Richiesto iniziale	€ 10.000,00
Capitale Finanziato	€ 10.389,61
Età e sesso del'Assicurato	Qualunque
Durata della copertura (mesi)	72 (6 anni)
Premio Lordo Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 389,61
Premio Netto Unico anticipato per tutta la durata della copertura	€ 382,34
Costi di acquisizione e incasso (in valore assoluto)	€ 172,05
Provvigioni percepite dall'Intermediario (in valore assoluto)	€ 152,93

ART. 11 - REGIME FISCALE

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

ART. 12 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

1. Qualora in pendenza della Assicurazione l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla Normale Attività Lavorativa, l'Assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata un'Assicurazione corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente, l'Assicurazione che potrà essere fatta valere nei confronti della Compagnia in base al presente contratto di assicurazione sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore) dell'Assicurato al momento del Sinistro.
2. L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Non Lavoratore e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Dipendente di Ente Privato ha diritto all'Indennizzo per Perdita Impiego solo nel caso in cui lo stato di Perdita Impiego sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia comunque trascorso un periodo di tempo di almeno 180 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente.
3. L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore e, in pendenza della Assicurazione, diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di

Ente Pubblico, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea solo nel caso in cui l'Inabilità sia avvenuta dopo almeno 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico.

4. L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e, in pendenza della Assicurazione, diventi Non Lavoratore, ha diritto all'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero solo nel caso in cui il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo almeno 60 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto Non Lavoratore.
5. Resta inteso che, ove vi siano più Assicurati, per ciascuno di essi l'Assicurazione è efficace in base alla rispettiva condizione lavorativa. Conseguentemente, la modifica della condizione lavorativa che abbia interessato uno degli Assicurati non comporta una modifica degli effetti dell'Assicurazione per l'altro, salvo che, ovviamente, anche quest'ultimo sia interessato a sua volta da una modifica della condizione lavorativa.

ART.13 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

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

**BCC Assicurazioni S.p.A.
c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED"
e – "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –
Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,
Numero Verde telefonico 800.394346
(il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00
e dalle ore 14.00 alle 18.00).**

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Inabilità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- relazione del medico legale attestante l'Inabilità Totale Permanente e il relativo grado;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

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

In caso di Perdita di Impiego (PI):

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

In caso di ricovero ospedaliero (RO):

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Qualora Assicurato non fornisca la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro di cui al precedente punto e inoltrarlo alla Compagnia nei tempi di cui sopra.

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

ART. 14 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- trasmettere alle Compagnie, in formato elettronico, i dati relativi al numero del Finanziamento, dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato, durata del Finanziamento e frequenza delle rate, importo del Finanziamento erogato e quota da attribuire ad ogni Assicurato in caso di cointestazione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia, nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali;
- comunicare alla Compagnia la data di eventuale estinzione anticipata del Finanziamento.

ART. 15 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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 dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

ART. 16 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 17 – COLPA GRAVE, TUMULTI

A deroga dell'Art. 1900 c.c. sono compresi i Sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 18 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero ha validità in tutto il Mondo.

ART. 19 – DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 21 – COMUNICAZIONI

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

BCC Assicurazioni S.p.A.
Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano,
Tel. 02 466275 Fax: 02 21072250

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

ART. 22 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 23 – RECLAMI

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

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

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 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'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

ART. 24 - FORO COMPETENTE

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

ART. 25 – ALLEGATI

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A **ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE** **DA INFORTUNIO O MALATTIA**

ART. 26 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

1. La Compagnia garantisce all'Assicurato la corresponsione di un capitale in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.
Il capitale assicurato è determinato sulla base di un contratto di Finanziamento stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo in linea capitale o alla quota parte del debito residuo in linea capitale quale risulta alla data della relazione del medico legale che attesta l'Invalidità Totale Permanente.
Il Finanziamento si intende ammortizzato tramite un piano di ammortamento a rata iniziale costante e con decrescenza del debito residuo stabilita nel piano di ammortamento iniziale – metodo francese.
2. Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:
 - dedotto delle rate insolute risultanti alla data della relazione del medico legale che attesta l'Invalidità Totale Permanente, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
 - maggiorato degli eventuali interessi moratori relativi al periodo intercorrente tra la data della relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e la data di comunicazione di tale evento, con un limite massimo di 2 mesi di interessi.
3. A fronte della prestazione garantita, l'Intermediario si obbliga a versare alla Compagnia una somma pari al premio unico calcolato, secondo le modalità indicate all'art. 8, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.
4. Nel caso di più Assicurati, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e pertanto sarà pari al 50% del debito residuo in linea capitale determinato ai sensi del precedente punto 1.
5. L'Indennizzo massimo per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto sia stato stipulato da più persone fisiche, è di € 52.000,00, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con l'Intermediario.

ART. 27 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Compagnia liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al precedente Art. 26, a condizione che:

1. l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
3. in caso di Invalidità Totale Permanente da Malattia, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 30 giorni;
4. la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo di cui all'Art. 26;
5. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28.

ART. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

1. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
2. malattie tropicali o epidemiche;
3. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
4. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
6. incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
7. 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;
8. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
9. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
10. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
11. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
12. guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
13. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.

Inoltre l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

In aggiunta a quanto precede, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi indennizzo è escluso nei casi in cui l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio sia stata causata da o conseguente a:

1. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
2. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc.);
3. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 29 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 13 delle condizioni generali di Assicurazione, l'Assicurato, o i suoi familiari od eredi devono, ai fini del pagamento dell'Indennizzo, allegare al modulo di denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

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

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

ART. 30 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Totale Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici.

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

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

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE B
ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

(garanzia attiva per i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

ART. 31 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

1. L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ogni Sinistro, il primo indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni.
2. Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.
3. Nel caso di più Assicurati, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e pertanto sarà pari al 50% della Rata Protetta.
4. Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protetta, e un massimo di 36 Rate Protetta nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
5. L'indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto di Finanziamento sia stato stipulato da più persone fisiche, è di € 1.650,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con l'Intermediario.

ART.32 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

La Società liquiderà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 31, a condizione che:

1. l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si sia verificata durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia temporaneamente nella totale incapacità fisica di attendere alla Normale Attività Lavorativa;
3. il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo di vigenza del contratto di assicurazione;
4. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33.

ART. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

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

1. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
2. malattie tropicali o epidemiche;

3. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
4. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
6. incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
7. 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;
8. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
9. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
10. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
11. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
12. guerra, anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
13. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.

Inoltre l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

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

1. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
2. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
3. 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;
4. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
5. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento, immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante, speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc).

ART. 34 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 13 delle condizioni generali di Assicurazione, l'Assicurato deve, ai fini del pagamento dell'Indennizzo, allegare al modulo di denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

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

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

ART. 35 – DENUNCE SUCCESSIVE

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

Gli obblighi assunti dalla Compagnia con l'Assicurazione relativamente al rischio di Inabilità Totale Temporanea sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 indennizzi mensili.

ART. 36 – CONTROVERSIE

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

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

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

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

SEZIONE C
ASSICURAZIONE PERDITA IMPIEGO

(garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 37 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA IMPIEGO

1. L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ogni Sinistro, il primo indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita Impiego dal termine del Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni.
2. Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita Impiego.
3. Nel caso di più Assicurati, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e pertanto sarà pari al 50% della Rata Protetta.
4. Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protetta, e un massimo di 36 Rate Protetta nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
5. L'indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto di Finanziamento sia stato stipulato da più persone fisiche, è di € 1.650,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con l'Intermediario.

ART. 38 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI PERDITA IMPIEGO

La Compagnia pagherà all'Assicurato gli Indennizzi di cui al precedente Art. 37, a condizione che:

1. la Perdita Impiego si verifichi durante il periodo di vigenza della Assicurazione;
2. la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alla data termine del Periodo di Carezza di 90 giorni;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 39.

ART. 39 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA IMPIEGO

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per Perdita Impiego se:

1. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2. al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3. la Perdita Impiego sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;

4. alla Perdita Impiego faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;
5. la Perdita Impiego è dovuta a dimissioni o per qualsiasi altro motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
6. la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o comunque se il rapporto di lavoro dell'Assicurato ha carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.);
7. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;
8. l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
9. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
10. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
11. risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
12. il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

ART. 40 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di Perdita Impiego se non è trascorso un periodo di Riquilificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Gli obblighi assunti dalla Compagnia con il presente contratto di assicurazione relativamente al rischio per Perdita Impiego sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 indennizzi mensili.

ART. 41 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 13 delle condizioni generali di Assicurazione, l'Assicurato deve, ai fini del pagamento dell'Indennizzo, allegare al modulo di denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale;
- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita Impiego.

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

SEZIONE D
ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO

(garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART. 42 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

1. L'Indennizzo previsto nel caso di Ricovero Ospedaliero consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Protetta.
Per ogni Sinistro, il primo indennizzo, pari ad una Rata Protetta, sarà liquidato se siano trascorsi 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
2. Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Protetta, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
3. Nel caso di più Assicurati, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura e pertanto sarà pari al 50% della Rata Protetta.
4. Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate Protetta, e un massimo di 36 Rate Protetta nel caso in cui si verificano più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
5. L'indennizzo massimo mensile previsto per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto di Finanziamento sia stato stipulato da più persone fisiche, è di € 1.650,00, limite da intendersi come massimale mensile cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con l'Intermediario.

ART. 43 - CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

La Compagnia liquiderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al precedente Art. 42, a condizione che:

1. Il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. Il Ricovero Ospedaliero sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del Periodo di Carenza di 60 giorni e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace;
3. Il Sinistro non rientri in una delle esclusioni di cui al successivo Art. 44.

ART. 44 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Sono esclusi dall'assicurazione i Ricoveri Ospedalieri derivanti dagli Infortuni e Malattie e quanto già indicato all'Art. 33 della Sezione B – Assicurazione Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.

Nessun Indennizzo è dovuto se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e se, per lo stesso periodo in cui dovrebbe venire corrisposto, la Compagnia ha pagato altri importi a titolo di Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea.

Nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente Polizza.

ART. 45 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 13 delle condizioni generali di Assicurazione, l'Assicurato deve, ai fini del pagamento dell'Indennizzo, allegare al modulo di denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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

ART. 46 - DENUNCE SUCCESSIVE

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 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 47 - CONTROVERSIE

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

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

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

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



BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE
(CODICE TARIFFA 4C18U)

PROTEZIONE PRESTITO

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di proposta deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE
A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE
(CODICE TARIFFA 4C18U)

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA.

A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) 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;
- b) Sede Legale, Operativa e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02466275; sito Internet: www.bccvita.it; indirizzo di posta elettronica: info@bccvita.bcc.it; indirizzo posta elettronica certificata bccvita@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002;
- e) 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

Il presente Fascicolo Informativo è redatto in conformità alla Convenzione Collettiva stipulata dalla Banca Contraente con la Compagnia. Tale Convenzione ha durata annuale con tacito rinnovo.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Prestito Personale concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

In ogni caso la copertura assicurativa può avere una durata minima pari a 6 mesi e una durata massima pari a 72 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa pari a 70 anni non compiuti.

Tale durata comprende:

- l'eventuale periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi di durata massima pari a 4 mesi;

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

- **Prestazione in caso di decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato.

PACCHETTO	GARANZIE
Modulo Plus (4C18U)	Morte

Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio;

Avvertenza: sono previste esclusioni, periodi di sospensione e limitazione della copertura dei rischi; si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione della dichiarazione di buon stato di salute e del questionario sanitario.

4. Premi

La Banca Contraente della Convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio assicurativo, relativo ad ogni singolo Assicurato, avverrà tramite l'utilizzo di procedura RID; versato direttamente sul CC della Società

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

Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale iniziale assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte.

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

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

Pacchetto	Costi a carico dell'Assicurato	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in percentuale)	Provvigioni percepite dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)
Modulo Plus	65,0% del premio unico	76,92%	60,44 Euro (*)

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio pari a 120,88 Euro.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato 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 a favore del nuovo beneficiario designato.

Si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 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.

Tabella A

Pacchetto	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Modulo Plus	65,0% del premio unico

5.1.2 Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
76,92%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF e sono esenti dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8. Riscatto e riduzione

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

9. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

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

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

10. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni, dei rimborsi e dei termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurative in contratto, i soggetti aventi diritto sono tenuti a presentare, per ogni ipotesi di liquidazione prevista, la documentazione indicata all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

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

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

12. Lingua

Il contratto, ogni documento al medesimo allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana.

13. 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 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 esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n. 28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia

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..

15. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni. La Compagnia 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.

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

Il Rappresentante Legale

Carlo Barbera



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO E A CAPITALE DECRESCENTE (CODICE TARIFFA 4C18U)

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio unico, con la quale la Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così come definito all'Art. 6.

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

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

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

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto e decorrenza dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati.

Il contratto fra Compagnia e Contraente è concluso dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nella Scheda Convenzione.

L'Assicurazione relativa a ciascun singolo Assicurato produce i propri effetti a seguito dell'adesione dello stesso all'Assicurazione Collettiva, che avviene dalle ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento concesso a ciascun Assicurato, sempre che sia stato pagato il premio e l'Assicurato stesso abbia sottoscritto il Modulo di Adesione. Qualora il premio unico non venga versato l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Qualora nel Modulo di Adesione sia prevista una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24:00 del giorno di decorrenza.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 5 del 21 luglio 2014, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Art. 3 – Diritto di recesso.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza dello stesso.

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

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista, mentre le coperture già in essere rimarranno valide sino alla loro naturale scadenza.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Art. 4 – Il premio.

Il premio unico, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale iniziale assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato 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 a favore del nuovo beneficiario designato.

Dall'importo del premio da rimborsare, determinato con la regola sotto riportata, la Compagnia trattiene un costo fisso pari a 25,00 Euro.

Criteria e modalità per la definizione del rimborso del premio.

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

Rimborso dei costi: $PVita * Hi * ((z-t) / z)$

Rimborso del premio puro: $PVita * (1-Hi) * ((z-t) / z) * \text{minimo valore tra 1 e } Ct/C0$

Dove:

PVita = premio versato

Hi = costi sul premio

z = durata in anni e frazione d'anno

t = indica il periodo di tempo (in anni e frazione d'anno) dalla data di effetto della polizza alla data di estinzione del contratto di finanziamento

(z-t) = durata in anni e frazione di anno mancanti alla scadenza del contratto di assicurazione.

Ct il debito residuo alla data di estinzione

C0 il capitale assicurato iniziale

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

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

Esempio n°1

PVita = 130,07 Euro

H = 65,00%

z = 5 anni

t = 1 anni

Ct = 9.770,37 Euro

C0 = 11.763,59 Euro

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $130,07 * (1-65,00\%) * [(5-1) / 5] * \text{min}(9.770,37 / 11.763,59; 1) = 30,25$ Euro

Rimborso dei costi: $130,07 * 65,00\% * [(5-1) / 5] = 67,64$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $97,89 - 25,00 = 72,89$ Euro

Esempio n°2

PVita = 130,07 Euro

H = 65,00%

z = 5 anni

t = 2 anni

Ct = 7.611,70 Euro

C0 = 11.763,59 Euro

Spese per il rimborso del premio = 25,00 Euro

Rimborso del premio puro: $130,07 * (1-65,00\%) * [(5-2) / 5] * \text{min}(7.611,70 / 11.763,59; 1) = 17,67$ Euro

Rimborso dei costi: $130,07 * 65,00\% * [(5-2) / 5] = 50,73$ Euro

Importo del premio da rimborsare = $68,40 - 25,00 = 43,40$ Euro

Previa autorizzazione da parte del Contraente, la Compagnia potrà rimborsare quanto dovuto direttamente agli aventi diritto.

In caso di estinzione parziale o rinegoziazione del finanziamento la copertura resta commisurata all'originario piano di ammortamento.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato.

Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

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

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere il premio.

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

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

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato è determinato sulla base di un Contratto di finanziamento stipulato da ciascun singolo Assicurato ed è pari al debito residuo (o alla quota parte dello stesso in caso di cointestazione), quale risulta alla data di decesso dell'Assicurato stesso.

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

Ai fini della determinazione del capitale assicurato, il debito residuo quale risulta dalle scadenze del piano di ammortamento, sarà:

- dedotto delle rate insolute risultanti alla data del decesso dell'Assicurato, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e delle spese e/o delle eventuali commissioni accessorie;
- maggiorato degli interessi maturati per il periodo intercorrente tra l'ultima scadenza delle rate fino al momento del decesso dell'Assicurato.

Nel caso di più Assicurati, l'Indennizzo dovuto all'Assicurato che abbia subito il Sinistro sarà calcolato in proporzione al numero complessivo degli Assicurati in copertura.

L'Indennizzo massimo per ogni Assicurato oppure cumulativamente per più Assicurati, nell'ipotesi che il Contratto sia stato stipulato da più persone fisiche, è di 52.000,00 Euro, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, o gli Assicurati, avessero contemporaneamente in corso con l'Intermediario.

Art. 7 – Rischio morte – Esclusioni e limitazioni delle garanzie.

A. ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia Rischio morte solo il decesso causato da:

- **malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
- **malattie tropicali o epidemiche;**
- **etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **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;**

- **effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;**
- **atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;**
- **connessione con l'uso o produzione di esplosivi;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.**

Inoltre, l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo in caso di morte da malattia durante il Periodo di Carenza di 30 giorni previsto.

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

- suicidio dell'Assicurato, se avvenuto nei 12 mesi successivi alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- un Sinistro costituente Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia per il quale la Compagnia abbia già versato l'Indennizzo (o sia tenuta a versarlo) relativo ad un rischio assicurato in seguito alla sottoscrizione del medesimo modulo di adesione del presente contratto;
- una patologia che colpisca un apparato già sede in passato di analoga patologia (a solo titolo esemplificativo recidiva di infarto, recidiva di neoplasia, recidiva di ictus).

Art. 8 – Cessazione delle garanzie

Tale garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00:

- della data di scadenza originaria del singolo Contratto di Finanziamento. In caso di cointestazione l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti per tutti i cointestatarci assicurati;
- della data di esercizio del diritto di recesso;
- della data di pagamento del capitale assicurato da parte della Compagnia per il caso di morte. In caso di cointestazione la copertura assicurativa rimane in vigore per gli altri Assicurati sino alla scadenza originariamente convenuta;
- della data di estinzione anticipata o di trasferimento (ove l'Assicurato richieda il rimborso del premio residuo) del Finanziamento originariamente stipulato.

Art. 9 – Costi.

Art. 9.1 – Costi sul premio

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

Tabella A

Pacchetto	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Modulo Plus	65,0% del premio unico

Art. 9.2. - Spese per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Compagnia trattiene 25,00 Euro dall'importo del premio da rimborsare all'Assicurato.

* * *

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

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi)
--

76,92%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- siano clienti dell'Intermediario e abbiano stipulato con lo stesso un Contratto di Finanziamento
- siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti (di Enti Pubblici o Privati) e, in caso di sinistro, svolgano la propria Normale Attività Lavorativa da almeno 12 mesi e non siano stati assenti, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio (escluso il caso di Non Lavoratore);
- abbiano stipulato il Contratto di Finanziamento con l'Intermediario;
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 69 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
- godano di buona salute;
- abbiano un'età alla scadenza della copertura assicurativa non superiore o uguale a 70 anni compiuti.

Si precisa che in caso di cointestazione del Finanziamento può essere assicurato:

- un solo cointestatario, per l'intero importo del Finanziamento;
- fino a 2 cointestatari, ognuno per una quota che si ottiene dividendo l'intero importo del Finanziamento per il numero dei cointestatari assicurati. Per ognuna di esse dovrà essere sottoscritto un modulo di adesione.

Resta inteso che la somma dei capitali singolarmente assicurati dai cointestatari dovrà essere pari al debito residuo derivante dal Contratto di Finanziamento.

Art. 11 – Durata.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla presente polizza collettiva corrisponde a quella dell'ammortamento del Contratto di Finanziamento concesso dall'Ente Erogatore del finanziamento a ciascun Assicurato, salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'assicurazione di cui al precedente Art. 8.

In ogni caso la copertura assicurativa può avere una durata minima pari a 6 mesi e una durata massima pari a 72 mesi, fermo restando un'età massima dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa pari a 70 anni non compiuti.

Tale durata comprende:

- l'eventuale periodo di differimento dell'ammortamento con esclusivo pagamento degli interessi di durata massima pari a 4 mesi;

Art. 12 – Conflitto di interessi.

Il presente contratto è un prodotto di BCC Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni. La Compagnia 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.

Art. 13 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario ovvero, laddove non sia possibile, mediante emissione di assegno circolare.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, gli aventi diritto sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente, l'Assicurato, i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di recesso dal contratto da parte del Contraente:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dall'adesione da parte dell'Assicurato:

- richiesta sottoscritta dall'Assicurato.

In caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento:

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

In caso di decesso:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- richiesta di liquidazione del Beneficiario indicante il debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolute o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- in presenza di testamento,
 - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
- in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.

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

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai Beneficiari, tramite raccomandata A.R. indirizzata a:

BCC Vita S.p.A.

c/o "FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED" e – "FINANCIAL ASSURANCE COMPANY LIMITED" –
Servizio Sinistri, via San Gregorio n. 34 – 20124 Milano,

Numero Verde telefonico 800.394346

(il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle ore 14.00 alle 18.00).

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.

In caso di morte dell'Assicurato, Beneficiario sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

Art. 15 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico dei Beneficiari.

Art. 16 – Foro competente.

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

Art. 17 – Prescrizione.

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

Art. 18 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS 30 GIUGNO 2003 N. 196

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito denominato Codice Privacy) ed in relazione ai dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento (di seguito denominati cumulativamente i Dati), La/Vi informiamo di quanto segue:

1 - TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è BCC Vita S.p.A. con sede in Milano (20143), Largo Tazio Nuvolari, 1 in persona del suo legale rappresentante *pro-tempore*, reperibile per qualunque questione attinente il trattamento stesso, nonché per l'esercizio dei diritti di cui al successivo articolo 9, all'indirizzo di seguito riportato: Funzione Privacy di Gruppo, presso Società Cattolica di Assicurazione in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 – Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it. L'elenco dei soggetti responsabili del trattamento dei Dati (cfr. punto 3, lett c) e delle società a cui potranno essere comunicati [cfr. punto 6 lettere a) e b)] possono essere agevolmente consultati da chiunque ne abbia interesse presso la sede di BCC Vita S.p.A..

2 - FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è finalizzato all'espletamento da parte di BCC Vita S.p.A. della conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui BCC Vita S.p.A. è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sempre nell'ambito delle c.d. "finalità assicurative" di trattamento descritte nella Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9;
- b) può anche essere finalizzato allo svolgimento, da parte di BCC Vita S.p.A. o di altre Società facenti parte del medesimo Gruppo, di attività di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di BCC Vita S.p.A. stessa.

3 - MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) avviene con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli interessati i prodotti e le informazioni da loro richiesti, in particolare è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'articolo 4, comma 1 del Codice Privacy: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità /confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto anche mediante l'uso del fax, del telefono cellulare o fisso, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. BCC Vita S.p.A. utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero, come meglio specificato al successivo punto 6;
- d) per l'offerta di taluni servizi, è svolto sia direttamente dall'organizzazione di BCC Vita S.p.A. che da soggetti esterni a tale organizzazione, in qualità di responsabili (cfr. precedente punto 1) e/o incaricati del trattamento, ovvero da soggetti terzi, in qualità di titolari autonomi di trattamento, cui i dati vengono comunicati per la corretta esecuzione del contratto (cfr. successivo punto 6).

4 - CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a Legge, Regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio), con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera a);
- b) facoltativo, con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera a);
- c) facoltativo, con riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera b).

5 - RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i Dati o di prestare il consenso al trattamento:

- a) nei casi di cui al punto 4, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 4, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere.

6 - COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I Dati possono essere comunicati - per finalità di cui al punto 2, lett. a), ovvero in forza di specifici obblighi di legge - ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, con funzione meramente organizzativa o aventi

natura pubblica, che operano – nel territorio dell’Unione Europea – come autonomi titolari e che costituiscono la c.d. “catena assicurativa”. Un elenco di tali soggetti viene di seguito riportato:

- 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 BCC Vita S.p.A. (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, di elementi, notizie e dati strumentali all’esercizio dell’attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell’industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 - Roma);
 - nonché altri soggetti, quali: UIF – Unità di Formazione Finanziaria (Largo Bastia, 35 - Roma), in ottemperanza al D. Lgs. n. 231/2007, concernente la prevenzione e l’utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell’art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell’art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), INPDAI (Viale delle Province, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell’economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell’art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell’ordine (P.S.;C.C.;G.d.F.;VV.FF; VV.UU.) ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;
- b) inoltre i Dati possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2, lett. b), a Società del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge).

7 - DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

8 - TRASFERIMENTO DEI DATI ALL’ESTERO

Con riferimento ad entrambe le finalità di cui all’articolo 2, i Dati possono essere trasferiti verso paesi dell’Unione Europea e verso paesi terzi rispetto all’Unione Europea. Con particolare riferimento alle finalità di cui all’articolo 2, lettera b), nel momento in cui l’interessato rilascerà il suo consenso sottoscrivendo l’apposito modulo, tale consenso servirà anche per autorizzare, sempre per le medesime finalità, il trasferimento dei Dati al di fuori del territorio dell’Unione Europea. Pertanto, se l’interessato non desidera che tale trasferimento non venga effettuato, è necessario che non acconsenta al trattamento dei dati per finalità di cui all’articolo 2, lettera b).

9 - DIRITTI DELL’INTERESSATO

L’articolo 7 del Codice Privacy conferisce all’interessato l’esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell’esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile, di avere conoscenza dell’origine dei dati nonché della logica, delle finalità e modalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l’aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l’integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per l’esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l’elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, gli interessati si potranno rivolgere alla Funzione Privacy di Gruppo, presso Società Cattolica di Assicurazione in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 – Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all’indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

GLOSSARIO

Adeguate verifica della clientela	<p>L'Adeguate 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.</p> <p>Tale attività prevede i seguenti adempimenti:</p> <ol style="list-style-type: none">identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:<ul style="list-style-type: none">❖ 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;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;acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
Assicurato	Ciascuna delle persone fisiche, fino ad un massimo di 2, in relazione alla quale la Compagnia concede l'Assicurazione ai sensi e nei limiti di cui al contratto di assicurazione e che, a tal fine, abbia stipulato il Contratto di Finanziamento e sottoscritto il Modulo di Adesione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Assicurazione	La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato o degli Assicurati che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione
Capitale in caso di decesso	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Compagnia	Vedi "Società".
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
Contraente	La Banca di Credito Cooperativo che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.
Contratto di Finanziamento	Contratto con il quale una parte (mutuante, solitamente una banca) consegna all'altra (mutuatario, colui che chiede il Finanziamento) una determinata quantità di denaro e l'altra si obbliga a restituire, secondo un piano di ammortamento predeterminato, altrettanta quantità di denaro maggiorato degli interessi concordati nel contratto.

Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Età assicurativa	L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
FATCA	Il <i>Foreign Account Tax Compliance Act</i> 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 (<i>Internal Revenue Service - IRS</i>).
Fascicolo informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"> – Nota Informativa; – Condizioni di Assicurazione, – Glossario; – Modulo di proposta.
Garanzia assicurativa	Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurativa al Beneficiario.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
ISVAP	Vedi "IVASS".
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".

Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto da ciascuno degli Assicurati e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente e agli Assicurati prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del Contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito. Data di decorrenza indicata nel modulo di adesione, a condizione che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio unico	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).



BCC Vita S.p.A. - Sede Legale: 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

**Modulo di proposta
Garanzia Vita
PROTEZIONE PRESTITO**

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

CONTRAENTE	
Ragione sociale	Partita IVA
Luogo di costituzione	Data di costituzione
Sottogruppo	Ramo attività
Indirizzo	Provincia
Comune	CAB Comune
Recapito	C.A.P. Cod. paese

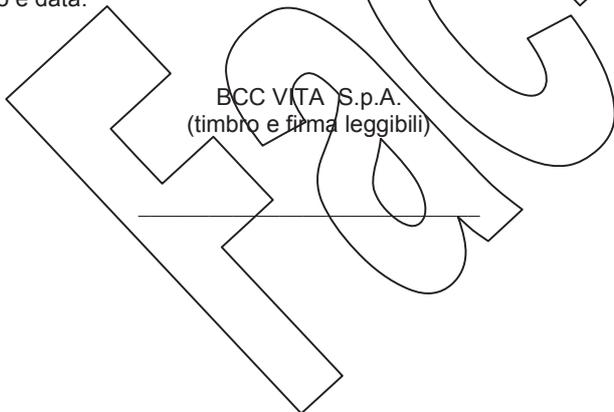
ASSICURANDO
Soggetto indicato al momento della singola Adesione all'Assicurazione collettiva

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' CONTRAENTE		
Cognome e nome:	Codice fiscale:	
Comune di nascita:	Data di nascita:	Sesso:
Indirizzo: Via	Provincia:	C.A.P.
Comune:	CAB Comune	Cod. paese

DATI TECNICI DI POLIZZA	
Data di decorrenza	Scadenza
Capitale assicurato:	Come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione
Tipo di premio: UNICO	Premio versato: Determinato come disciplinato all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione
Costi	

DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE	
Documento di riconoscimento	Tipo documento
Ente emittente e luogo	Data emissione
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.	

Luogo e data:


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

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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA.

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

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

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

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella dichiarazione sullo stato di salute.

L'Assicurando può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurando.

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 02/89078949 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI) - Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato.

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

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Luogo e data:

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

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



Direzione Generale

Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano
telefono 02 466275 - fax 02 89078949

www.bccvita.it

e-mail: info@bccvita.bcc.it

