

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DEL CREDITO

Formula Reddito a Premio Annuale

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

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 ISVAP 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, stipulata dal Contraente con la Compagnia, ha durata annuale con tacito rinnovo.

Singole Coperture Assicurative

Per tutte le garanzie l'Assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo.

La Copertura Assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Art. 4 delle CGA.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta del contratto da parte del 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 Aderente Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

La disdetta della singola copertura assicurativa da parte dell'Aderente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza della Copertura Assicurativa stessa.

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 Base (*)	Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Decesso	Cfr. Fascicolo Informativo Vita
Pacchetto Completo (*)	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia	Da Art. 23 a Art. 27
	Perdita di Impiego	Da Art. 28 a Art. 31
	Ricovero Ospedaliero	Da Art. 32 a Art. 36
	Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Decesso	Cfr. Fascicolo Informativo Vita

(*) Se l'Aderente è una Persona Giuridica sarà possibile acquistare il solo il Pacchetto Base.

4.2 **AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni**

Per conoscere in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda all'Art. 37 delle Condizioni di Assicurazione.

Per l'Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia e il Decesso si rimanda al 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. 23, 24;
- Perdita di Impiego (PI) – Art. 28, 29;
- Ricovero Ospedaliero (RO) – Art. 32, 33;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP) – Cfr Fascicolo Informativo Vita;
- 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: 05/09/2012 – 20/11/2012
- 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: 05/09/2012 – 20/03/2013
- 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'Aderente/Assicurato in ordine alle circostanze del rischio– Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/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:

1. alle ore 24.00 della data di decesso dell'Assicurato
2. a partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, al verificarsi di un evento tra quelli di seguito elencati:
 - a) liquidazione dell'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato
 - b) chiusura del rapporto di conto corrente intrattenuto dall'Aderente con il Contraente

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 Aderente, determinato come riportato nelle Condizioni Generali di polizza, avverrà per la prima annualità e per le annualità successive tramite l'utilizzo di procedura RID; versato direttamente sul CC della Società.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite RID.

8. AVVERTENZA - Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 30 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 di Credito Cooperativo, che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

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

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Compagnia provvederà al rimborso totale del premio corrisposto.

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

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Aderente il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente

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 "CNP ASSURANCES SA"
Via Albricci, 7
Piano 3°
20122 – Milano
Tel. 800 179 057

Fax: 02.72.60.11.51,
e-mail: portafoglio@cnpitalia.it

Per i documenti da inviare in caso di sinistro, si rimanda all'Art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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:

- *In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT): Art. 27;*
- *In caso di ricovero ospedaliero (RO): Art. 35;*

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:

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

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

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

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

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

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

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

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

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e 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'Aderente la copertura assicurativa.

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

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

Key Man: La persona fisica, designata come Assicurato dall'Azienda Aderente (che ha sottoscritto il Modulo di Adesione) e che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale o figura con ruolo determinante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa.

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, gli apprendisti e i lavoratori stagionali.

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. Sono altresì considerati non lavoratori: le casalinghe, gli studenti, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

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

Periodo di Assicurazione: Il periodo di vigenza di ciascuna copertura di cui al presente contratto di assicurazione.

Periodo di Carenza: Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della copertura, durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa.

Periodo di Franchigia Assoluta: Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, 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..

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

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

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 particolari di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo nei casi sotto indicati:

Pacchetto Base (*)	Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Decesso	Cfr. Fascicolo Informativo Vita
Pacchetto Completo (*)	Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia Perdita di Impiego Ricovero Ospedaliero Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia Decesso	Da Art. 23 a Art. 27 Da Art. 28 a Art. 31 Da Art. 32 a Art. 36 Cfr. Fascicolo Informativo Vita

(*) Se l'Aderente è una Persona Giuridica sarà possibile acquistare il solo il Pacchetto Base.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica che:

- sia cliente della Banca di credito Cooperativo o ricopra all'interno dell'impresa aderente il ruolo di Key Man e quindi uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale; e che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione;
- abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni (non compiuti), al momento della sottoscrizione e/o del rinnovo annuale, fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza della copertura assicurativa non può essere superiore ai 71 anni (non compiuti);
- abbia sottoscritto la Dichiarazione di Buono stato di Salute (DBS) o il Questionario Medico (QM) nel caso in cui il capitale assicurato sia superiore ai 200.000€.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

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

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Per la prima annualità, L'Assicurazione, ha durata annuale più l'eventuale frazione di anno. Al termine della prima annualità la copertura si rinnova tacitamente per altri 12 mesi salvo disdetta da inviare da parte dell'Aderente a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza della Copertura Assicurativa stessa.

La Copertura Assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Per ogni Assicurato, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data Iniziale, sempre che alla stessa data l'Aderente abbia adempiuto all'obbligo del pagamento dei Premi dovuti fino a tale data ai sensi del successivo Art. 7 e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.

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

Art. 5 - RECESSO

L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 30 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 di Credito Cooperativo che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

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

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione la Compagnia provvederà al rimborso totale del premio corrisposto.

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

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite dell'Intermediario o direttamente dall'Assicurato, 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 all'Assicurato il premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Assicurato.

ART. 6 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Il premio dovuto alla Compagnia è annuale ed è determinato secondo la seguente Tabella:

Pacchetti	Garanzie	Tasso Lordo
Pacchetto Base	IP DECESSO	<i>Per la determinazione del premio vita si fa riferimento a quanto indicato all'art. 4 "premio" del fascicolo vita.</i>
Pacchetto Completo	ITT, RO, PI IP DECESSO	51,90% * Rata Mensile + Premio vita <i>Per la determinazione del premio vita si fa riferimento a quanto indicato all'art. 4 "premio" del fascicolo vita.</i>

L'Aderente in fase di sottoscrizione della presente copertura assicurativa, potrà scegliere in base al pacchetto opzionato (base o completo) il Capitale Assicurato e la Rata Mensile secondo quanto sotto riportato

Pacchetto Base:

Capitale Assicurato (a multipli di € 1.000,00):

minimo assicurabile di € 10.000,00
massimo assicurabile (per assicurato) di
€ 300.000,00

Pacchetto Completo:

Capitale Assicurato(a multipli di € 1.000,00):

minimo assicurabile di € 10.000,00
massimo assicurabile (per assicurato) di
€ 300.000,00

e

Rata Mensile:

può essere scelta una delle seguenti opzioni

Rata mensile
€ 300,00
€ 400,00
€ 500,00
€ 600,00
€ 700,00
€ 800,00
€ 900,00
€ 1.000,00
€ 1.100,00
€ 1.200,00
€ 1.300,00
€ 1.400,00
€ 1.500,00

Art. 7 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito tramite RID.

ART. 8 - REGIME FISCALE

I premi per le garanzie Inabilità Totale temporanea, Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

ART. 9 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora in pendenza dell'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.

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.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore e, in pendenza dell'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.

L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo e, in pendenza dell'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.

Art. 10 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

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

(*) **BCC Assicurazioni S.p.A.**
c/o "CNP ASSURANCES SA"
Via Albricci, 7, Piano 3°, 20122 – Milano
Tel. 800 179 057
Fax: 02.72.60.11.51,
e-mail: portafoglio@cnpitalia.it

Documenti da inviare in caso di sinistro:

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.
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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 l'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, Perdita di Impiego o Ricovero Ospedaliero 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. 11 – 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;
- sottoporre a ciascun Aderente/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;

ART. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente 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. 13 – 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. 14 – 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. 15 – LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione per Inabilità Totale Temporanea, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero ha validità nell'ambito dell'Unione Europea.

ART. 16 – 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. 17 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 18 – 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'Aderente o Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato o Aderente stesso.

ART. 19 – 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. 20 – 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. 21 - 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. 22 – ALLEGATI

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A ASSICURAZIONE INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

ART. 23 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della rata scelta in fase di sottoscrizione dell'Adesione, fermo restando le esclusioni all'Art. 37.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del Periodo di **Franchigia Assoluta di 60 giorni**; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

L'indennizzo mensile assicurabile è pari all'importo mensile scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il limite minimo di € 300,00 ed il limite massimo di € 1.500,00.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate mensili, e un indennizzo massimo di 24 Rate mensili nell'arco della durata totale delle garanzie assicurative.

ART. 24 – CARENZA

La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se causata da malattia: in questo caso, qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 11 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 medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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

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.

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

ART. 26 – CONTROVERSIE

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

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

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

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

ART. 27 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

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 24 indennizzi mensili.

SEZIONE B
ASSICURAZIONE PERDITA IMPIEGO
(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

ART. 28 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA IMPIEGO

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata scelta in fase di sottoscrizione dell'Adesione, fermo restando le esclusioni all'Art. 37.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del Periodo di **Franchigia Assoluta di 60 giorni**; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

L'indennizzo mensile assicurabile è pari all'importo mensile scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il limite minimo di € 300,00 ed il limite massimo di € 1.500,00.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate mensili, e un indennizzo massimo di 24 Rate mensili nell'arco della durata totale delle garanzie assicurative.

ART. 29 – CARENZA

La copertura assicurativa per Perdita di Impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 giorni: in questo caso, qualora la Perdita di Impiego insorga entro 90 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

ART. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 11 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 del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego.
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Qualora l'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, Perdita di Impiego o Ricovero Ospedaliero qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Compagnia nei tempi di cui sopra.

ART. 31 – DENUNCE SUCCESSIVE

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

Gli obblighi assunti dalla Compagnia con l'Assicurazione relativamente al rischio di Perdita di Impiego sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

SEZIONE C ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia attiva solo per i Non Lavoratori)
--

ART. 32 – INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

L'Indennizzo previsto nel caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata scelta in fase di sottoscrizione dell'Adesione, fermo restando le esclusioni all'Art. 37.

Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, pari ad una Rata Mensile, sarà liquidato il primo giorno successivo al termine del periodo di **Franchigia Relativa di 7 giorni**; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero..

L'indennizzo mensile assicurabile è pari all'importo mensile scelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il limite minimo di € 200,00 ed il limite massimo di € 1.500,00.

Per ciascun Sinistro la Compagnia liquiderà un Indennizzo massimo pari a 12 Rate mensili, e un indennizzo massimo di 24 Rate mensili nell'arco della durata totale delle garanzie assicurative.

ART. 33 – CARENZA

La copertura assicurativa per Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni se causata da malattia: in questo caso, qualora il Ricovero avvenga entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

ART. 34 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Fermo il disposto dell'Art. 11 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.

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

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.

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

ART. 35 – CONTROVERSIE

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

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

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

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

ART. 36 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni.

Gli obblighi assunti dalla Compagnia con l'Assicurazione relativamente al rischio di Ricovero Ospedaliero sono definitivamente esauriti qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

ESCLUSIONI

Art. 37 – ESCLUSIONI

Le coperture relative ai rischi **Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero** non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 11) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza.

- 12) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 14) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 15) sinistri causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 16) conseguenze della pratica dei seguenti sport : equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, taumachia;
- 17) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 18) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione ;
- 19) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- 20) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.

La garanzia **Perdita d'Impiego** non è operante nei seguenti casi:

- 21) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione:
 - non inferiore a 16 ore settimanali per i 6 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro nel caso di dipendente con contratto atipico a tempo determinato
 - non inferiore a 16 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro nel caso di dipendente a tempo indeterminato .
 - 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;
- 22) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 23) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 24) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 25) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;

- 26) la messa in mobilità del lavoratore dipendente che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 27) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 28) se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 29) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- 30) i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 31) all'atto dell' adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- 32) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- 33) l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'Impiego salvo che sia in CIGS;
- 34) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 35) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria in Deroga;
- 36) la Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria successiva all'esaurimento della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria.

Nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del Scheda Contrattuale, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 2 "Persone assicurabili".



BCC Vita S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED
INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE
(CODICE TARIFFA 4C34U)

Formula Reddito a Premio Annuale

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE (CODICE TARIFFA 4C34U)

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'Aderente devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Per la prima annualità, la durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa) è pari ad un anno più l'eventuale frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione ed il primo giorno del mese successivo a quello della data di decorrenza stessa.

Per le annualità successive, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Il capitale assicurato, indicato nel Modulo di Adesione, rimane costante per tutta la durata contrattuale. Le garanzie rimangono in vigore fintanto che il premio venga regolarmente corrisposto.

Risultano ammissibili all'assicurazione le persone fisiche che siano correntisti delle Banche di Credito Cooperativo. La copertura assicurativa può essere estesa anche a persone giuridiche che siano correntisti delle Banche di Credito Cooperativo; in tal caso come Aderente si definisce la persona giuridica mentre Assicurato sarà la persona fisica che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).

L'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni (non compiuti) al momento dell'ingresso in assicurazione; la garanzia cessa (con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati) al raggiungimento dell'età di 71 anni (non compiuti).

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

Il contratto di assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- **Prestazione in caso di Decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
- **Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP):** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di invalidità totale permanente (di grado uguale o superiore al 60%) dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. Si intende colpito da ITP l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL e successive modificazioni ed integrazioni).

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'Aderente a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione della dichiarazione di Buono Stato di Salute e del Questionario Sanitario.

4. Premi

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

Per la prima annualità, la durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa) è pari ad un anno più l'eventuale frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione ed il primo giorno del mese successivo a quello della data di decorrenza stessa.

Per le annualità successive, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

Il premio annuale, relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata della copertura assicurativa ed all'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato al momento dell'ingresso in assicurazione o dei successivi rinnovi annuali.

Per età assicurativa si intende l'età anagrafica dell'Assicurato espressa in anni interi, eventualmente arrotondata per eccesso qualora siano trascorsi sei mesi o più dalla data dell'ultimo compleanno.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità); pertanto, in caso di sopravvivenza o di non sopraggiunta ITP dell'Assicurato alla scadenza contrattuale o di sospensione del pagamento dei premi, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

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'Aderente

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 versato.

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

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

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,0% del premio (al netto della cifra fissa)

* * *

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)
74,76%

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 e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte

- in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa);
- in caso di invalidità permanente dell'Assicurato derivante dall'infortunio o malattia dello stesso.

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì 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. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.

Il medesimo diritto di risoluzione del contratto relativo alle singole adesioni spetta altresì ai singoli Aderenti, che possono esercitare tale diritto richiedendo la sospensione del pagamento dei premi.

Avvertenza: in tali casi le coperture assicurative cesseranno alla scadenza naturale successiva alla richiesta di sospensione del pagamento dei premi o alla scadenza naturale successiva alla disdetta del contratto e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino a quel momento.

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

9. Riscatto e riduzione

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

10. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 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 30 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 all'Aderente il premio eventualmente corrisposto relativamente alle singole adesioni.

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Aderenti, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

11. 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.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua

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

14. 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 che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

15. Comunicazioni del Contraente e dell'Aderente 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..

16. 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'Aderente.

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 ED INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE MONOANNUALE E A CAPITALE COSTANTE (CODICE TARIFFA 4C34U)

Art. 1 – Oggetto.

Il presente contratto è un'Assicurazione Collettiva a premio annuale.

La Compagnia, in caso di morte dell'Assicurato o di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato stesso nel corso della durata contrattuale, garantisce al Beneficiario il pagamento di un capitale assicurato così come definito all'Art. 6.

Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia (di seguito ITP) l'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL e successive modificazioni ed integrazioni).

L'adesione alla presente Assicurazione Temporanea in caso di Morte ed in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato di seguito:

- qualora il capitale assicurato non sia superiore a 200.000,00 Euro è richiesta la sola compilazione e la sottoscrizione della dichiarazione di Buono Stato di Salute;
- qualora il capitale assicurato sia superiore a 200.000,00 Euro ed inferiore o uguale a 300.000,00 Euro è richiesta la compilazione e la sottoscrizione del Questionario medico.

In entrambi i casi sussiste una limitazione della garanzia, denominato periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Diritto di recesso.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 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 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

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

Il recesso esercitato dal Contraente fa venir meno, dalla data di effetto dello stesso, la possibilità di aderire all'Assicurazione Collettiva ivi prevista.

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Aderenti, da potersi esercitare entro 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni.

Art. 4 – Il premio.

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

Per la prima annualità, la durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa) è pari ad un anno più l'eventuale frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione ed il primo giorno del mese successivo a quello della data di decorrenza stessa.

Per le annualità successive, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

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

Per età assicurativa si intende l'età anagrafica dell'Assicurato espressa in anni interi, eventualmente arrotondata per eccesso qualora siano trascorsi sei mesi o più dalla data dell'ultimo compleanno.

I premi vengono impiegati esclusivamente per la copertura dei rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di invalidità); pertanto, in caso di sopravvivenza o di non sopraggiunta ITP dell'Assicurato alla scadenza contrattuale o di sospensione del pagamento dei premi, nessuna prestazione è prevista a carico della Compagnia.

Il versamento del premio di perfezionamento e dei successivi premi, avviene tramite Autorizzazione di addebito in conto corrente dell'Aderente che viene sottoscritta nel Modulo di Adesione; tale autorizzazione implica l'addebito del premio di assicurazione presso la BCC.

Nel caso in cui venisse estinto il conto corrente di appoggio utilizzato per l'addebito automatico di cui sopra, l'Aderente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia inviando una raccomandata a:

BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio

Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI)

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto effettuando la disdetta del contratto stesso.

La disdetta del contratto si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. . Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano – Italia; tale lettera raccomandata deve essere spedita dal Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza della polizza indicata nella Scheda Convenzione.

In caso di disdetta del contratto le coperture assicurative cesseranno alla loro data di scadenza naturale (data di rinnovo della singola assicurazione successiva alla data di disdetta del contratto) e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino a quel momento.

L'Aderente ha la facoltà di risolvere il contratto relativo alla singola adesione richiedendo la sospensione del pagamento dei premi.

La sospensione del pagamento dei premi si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1, – 20143 Milano –

Italia; tale lettera raccomandata deve essere spedita dall'Aderente almeno 30 giorni prima della data del rinnovo annuale.

In caso di sospensione del pagamento dei premi le coperture assicurative cesseranno alla scadenza naturale successiva alla richiesta di sospensione del pagamento dei premi e rimarranno acquisiti dalla Compagnia tutti i premi pagati fino a quel momento.

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

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

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

- A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
 - di trattenere il premio.
- B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente, all'Aderente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 6 – Capitale assicurato.

Il capitale assicurato è costante ed è indicato nel Modulo di Adesione.

Per ciascun Assicurato il capitale assicurato costante deve rispettare i seguenti limiti:

- il capitale minimo assicurabile è pari a 10.000,00 Euro;
- il capitale massimo assicurabile è pari a 300.000,00 Euro.

L'importo del capitale assicurato costante che può essere scelto dall'Aderente deve essere compreso tra i due suddetti limiti, e deve essere multiplo di 1.000,00 Euro.

Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari a 300.000,00 Euro.

Qualora l'Aderente sia una persona giuridica, il capitale massimo assicurabile complessivo non potrà comunque essere superiore a 600.000,00 Euro, fermo restando il limite di 300.000,00 Euro come capitale assicurato massimo per singolo Assicurato.

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.

Ai fini dell'assicurabilità, nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività professionali sotto riportate:

- appartenere alle Forze Armate e alle Forze dell'Ordine inclusi, a titolo esemplificativo, i Corpi di: Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Vigili del Fuoco (esclusi quelli che prestano attività di volontari e tutti coloro che svolgano attività d'ufficio e non servizio attivo), investigatori privati, guardie del corpo e Istituti di Vigilanza;
- collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigure, stuntman, attività circensi;
- cavatore, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio;

la copertura non sarà operativa esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga durante lo svolgimento di una delle attività professionali elencate nelle esclusioni di cui sopra.

Inoltre, l'Assicurazione non opera e nessun indennizzo è previsto in caso di morte da malattia ed in caso di invalidità totale permanente da malattia durante il Periodo di Carenza di 30 giorni previsto. Qualora il capitale assicurato sia superiore a 100.000,00 Euro è previsto un Periodo di Carenza di 6 mesi.

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 della garanzia per il caso di morte e per il caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia.

Tali garanzie cessano, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, alle ore 24:00:

- della data del decesso o dell'invalidità totale e permanente;
- della data di scadenza dell'Assicurazione;
- alla data di compimento da parte dell'Assicurato del 71-esimo anno di età;
- alla data di cessazione o sospensione del pagamento dei premi;
- alla data di scadenza naturale successiva alla disdetta del contratto da parte del Contraente;
- della data di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Aderente.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

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

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

Tabella A

Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Cifra fissa pari a 10,00 Euro
41,0% del premio (al netto della cifra fissa)

* * *

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)
74,76%

Art. 10 – Requisiti soggettivi.

Risultano ammissibili all'assicurazione le persone fisiche e giuridiche che:

- siano correntisti delle Banche di Credito Cooperativo (in caso di persone giuridiche, l'assicurazione sarà prestata sulla persona fisica che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente);
- abbiano un'età, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti;
- abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione.

La garanzia cessa, con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, al raggiungimento dell'età di 71 anni (non compiuti).

Unicamente nel caso di sottoscrizione da parte di persona giuridica, qualora nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa la persona fisica designata dall'Aderente dovesse perdere i requisiti previsti dal presente contratto, ovvero non ricoprire più, per l'Azienda, il ruolo di amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale o figura con ruolo determinante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa, la sua posizione rimarrà attiva e l'Aderente potrà comunque denunciare il sinistro alla Compagnia che provvederà a liquidarlo anche se l'Assicurato non ricopra più un ruolo determinante nell'azienda.

Art. 11 – Durata.

Per la prima annualità, la durata dell'Assicurazione relativa ai singoli Aderenti che aderiranno alla presente polizza collettiva (ossia l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa) è pari ad un anno più l'eventuale frazione di anno intercorrente tra la data di decorrenza dell'Assicurazione ed il primo giorno del mese successivo a quello della data di decorrenza stessa.

Per le annualità successive, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per altri 12 mesi salvo il verificarsi delle cause di cessazione dell'Assicurazione di cui all' Art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa può essere rinnovata per un massimo di 9 annualità.

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

Art. 12 – Conflitto di interessi.

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'Aderente.

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'Aderente:

- richiesta sottoscritta dall'Aderente.

In caso di decesso:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
- 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.

In caso di invalidità totale permanente da infortunio o malattia:

- originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;

- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per gli infortuni che avrebbero determinato l'ITP;
- certificato medico redatto su apposito modulo fornito dalla Compagnia;
- eventuale certificato attestante l'ITP rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'ITP.

Entro 60 giorni dal giorno in cui è venuto a conoscenza del verificarsi dell'ITP o è avvenuto il sinistro invalidante, l'Aderente e/o il Beneficiario devono comunicare alla Compagnia il verificarsi dell'Invalidità Totale Permanente accompagnata dai suddetti documenti.

Entro 6 mesi dal ricevimento di tutta la documentazione completa, la Compagnia si impegna a pronunciarsi sulla sussistenza di un grado di ITP pari o superiore al 60%, sempreché non vi sia disaccordo tra le parti sulla valutazione dell'ITP ed a condizione che la Compagnia abbia a disposizione tutti gli elementi necessari alla valutazione stessa.

Qualora entro il suddetto termine l'ITP risulti in modo definitivo pari o superiore al 60% ovvero qualora l'ITP – ancorché non stabilizzata – risulti pari o superiore al 60% e la Compagnia non preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia stessa accerta l'ITP.

Qualora, al contrario, l'ITP – non ancora stabilizzata – risulti pari o superiore al 60%, ma la Compagnia preveda il consolidamento per gradi inferiori al 60%, la Compagnia si riserva di procedere ad ulteriori accertamenti. A seguito di tali ulteriori verifiche, in caso di consolidamento per gradi superiori al 60%, la Compagnia accerta l'ITP.

In caso di difficoltà di accertamento dell'ITP, la Compagnia potrà svolgere tutte le indagini e potrà sottoporre l'Assicurato alle visite mediche ritenute necessarie ai fini della valutazione dello stato di ITP.

Il Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

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

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

BCC VITA S.p.A.
 c/o "CNP ASSURANCES SA"
 Via Albricci, 7 - Piano 3° - 20122 Milano.
 Telefono: 800 179 057,
 Fax: 02.72.60.11.51,
 e-mail: portafoglio@cnpitalia.it

In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte della Banca di cui l'Assicurato è correntista.

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

Art. 14 – Beneficiari delle prestazioni.

Se l'Aderente è persona fisica, in caso di morte 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. In caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Assicurato stesso.

Se l'Aderente è persona giuridica, in caso di morte e di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Azienda Aderente.

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

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

Art. 15 – Imposte e tasse.

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

Art. 16 – Foro competente.

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

Art. 17 – Prescrizione.

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

Art. 18 – Legge applicabile al contratto.

Al contratto si applica la legge italiana.

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), INPDAl (Viale delle Provincie, 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

Adeguata verifica della clientela	<p>L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.</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.
Aderente	La persona fisica o giuridica che può coincidere o no con il Beneficiario o con l'Assicurato e che sottoscrive il Modulo di Adesione
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e l'Assicurato.
Assicurato	La Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui al presente contratto; nel caso di Aderente Persona Giuridica l'Assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).
Assicurazione	La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato o degli Assicurati che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione.
Beneficiario	L'Assicurato o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi. Nel caso in cui l'Aderente sia persona giuridica, il Beneficiario coincide con l'Azienda Aderente.
Capitale in caso di decesso	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
Capitale in caso di invalidità permanente totale	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di infortunio dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale che ha come conseguenza un'invalidità permanente totale dello stesso.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Compagnia	Vedi "Società".
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello degli Assicurati.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione collettiva.
Costi (o spese)	Oneri a carico dell'Assicurato gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza del contratto	Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazione di Buono Stato di Salute	Dichiarazione costituita 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.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione dell'Assicurato.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Esclusioni/Limitazioni	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
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 a 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.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento

o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.
Invalidità Totale Permanente	La perdita totale definitiva, a seguito di infortunio o malattia, della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%. L'indennizzo per invalidità totale permanente da infortunio o malattia è valutato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni intervenute.
ISVAP	Vedi "IVASS"
IVASS (ex ISVAP)	L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative e' da intendersi effettuato all'IVASS".
Key Man	La persona fisica, designata come Assicurato dall'Azienda Aderente che ha sottoscritto il Modulo di Adesione, che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale o figura con ruolo determinante per lo sviluppo economico dell'azienda stessa.
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Modulo di adesione	Il modulo sottoscritto dall'Aderente e da ciascuno degli Assicurati contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della copertura assicurativa.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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	Importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Questionario Sanitario o anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente e dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
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
FORMULA REDDITO A PREMIO ANNUALE**

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:
Indirizzo:	Provincia:
Comune:	CAB Comune
	Sesso:
	C.A.P.
	Cod. paese
DATI TECNICI DI POLIZZA	
Data di decorrenza	Scadenza
Capitale assicurato:	Come indicato in ogni singolo Modulo di Adesione
Tipo di premio: Unico	Premio versato: Determinato come disciplinato all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione
Costi	
DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE	
Documento di riconoscimento	Tipo documento
Ente emittente e luogo	Data emissione
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver effettuato l'operazione sopra indicata, ai sensi della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio	

Luogo e data:

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

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

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 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso. Il recesso si esercita mediante fax al numero 02/21072250 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI) - Italia. La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 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 anticiclaggio.

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

