

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONNESSO AD UN MUTUO

Polizza Protezione Mutuo a premio annuo

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa**
- b) Glossario**
- c) Condizioni di Assicurazione**
- d) Modulo di sinistro**
- e) Informativa sul trattamento dei dati personali**

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

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

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

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

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

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

BCC Vita S.p.A.



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

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

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

800.312955

CHIARA ASSICURAZIONI S.P.A.

Protezione Mutuo a premio annuo

NOTA INFORMATIVA

(La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 31/05/2017)

La presente assicurazione prevede l'offerta delle seguenti coperture e garanzie:

Copertura	Garanzia	Compagnia d'assicurazione
Protezione del Debito Residuo del Mutuo	Assicurazione temporanea in caso di Decesso	BCC Vita S.p.A.
	Assicurazione per Invalidità Totale e Permanente da infortunio	Chiara Assicurazioni S.p.A.
Protezione della Rata del Mutuo	Assicurazione per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia Assicurazione per la Disoccupazione Assicurazione per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	Chiara Assicurazioni S.p.A.

La sottoscrizione della presente assicurazione è facoltativa.

NOTA INFORMATIVA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

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

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

A) - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- BCC Vita S.p.A., Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019. Codice fiscale 06868981009 e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 1714097;
- Sede Legale, Operativa e Direzione Generale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- Telefono: 02466275; sito Internet: www.bccvita.it; indirizzo di posta elettronica: info@bccvita.bcc.it; indirizzo posta elettronica certificata bccvita@pec.gruppocattolica.it;
- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 2091 del 29 maggio 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, n. 132 del 7 giugno 2002;
- Iscrizione all'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00143.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2016 ammonta a 157 milioni di Euro (capitale sociale: 62 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 86 milioni di Euro).

Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 2,28 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

3.1 Elenco prestazioni assicurative previste dalla Convenzione Assicurativa Collettiva (garanzie danni e vita)

La Convenzione Collettiva offre le seguenti garanzie vita e danni:

Garanzie vita (BCC Vita S.p.A.)	Assicurazione temporanea in caso di Decesso
Garanzie danni (Chiara Assicurazioni S.p.A.)	Assicurazione per Invalidità Totale e Permanente da infortunio Assicurazione per Inabilità temporanea totale da Infortunio o Malattia Assicurazione per la Disoccupazione Assicurazione per Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

3.2 Prestazioni assicurative (garanzie offerte) disciplinate dal presente Fascicolo Informativo

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

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

Il Contraente e l'Assicurato devono avere il proprio domicilio in Italia secondo l'art. 43 comma 1 del cod. civ..

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

La durata contrattuale:

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

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

La durata minima è pari a 1 anno la durata massima è pari a 30 anni.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

Si rimanda all'art. 1.6 delle Condizioni di assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

Per maggiori dettagli sui criteri e le modalità di rimborso si rinvia all'art. 1.9 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

- a) **Prestazione in caso di decesso:** la Compagnia garantisce al Beneficiario la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato (cioè colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Assicurazione Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato. Si rinvia all'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione per le informazioni di dettaglio.

Avvertenza: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia agli artt. 2.2 e 2.4 delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

Si invita l'Assicurato a leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla sottoscrizione del Questionario sanitario.

4. Premi

A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato paga il premio annuo al momento del perfezionamento del mutuo (o all'ingresso in copertura, se il mutuo è già in essere) ed alle ricorrenze annuali successive per il tramite del Contraente.

Il premio può essere corrisposto in rate mensili. In caso di frazionamento mensile del premio, si rinvia al

punto 9.1 per i relativi costi (costi di frazionamento del premio).

L'Assicurato, infatti, alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione si impegna a corrispondere l'importo del premio annuo (eventualmente frazionato in rate mensili) che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato stesso e, per il tramite del Contraente, viene quindi accreditato sul conto corrente della Compagnia.

L'importo del premio annuo relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione:

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

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

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

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

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in %)	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi in valore assoluto)(*)
Costi gravanti sul premio annuo	45,00%	55,56%	52,76 Euro
Caricamento fisso sul capitale assicurato	0,02%	25,00%	5,00 Euro
Costi di frazionamento (mensile)	4,00%	0,00%	0,00 Euro

(*) La quota parte dei costi percepita dagli Intermediari in valore assoluto è stata calcolata sull'ipotesi di un premio annuo pari a 231,05 Euro.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata, di trasferimento del mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza successiva, in funzione del frazionamento del premio.

Per maggior dettaglio si rimanda all'art. 1.10 delle Condizioni di Assicurazione.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio

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

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato che dovrà rivolgersi al proprio medico di fiducia per tali accertamenti e visite.

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

Tipo costo	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Costi gravanti sul premio annuo	45,00% al netto del caricamento sul capitale assicurato
Caricamento sul capitale assicurato	0,02%

I costi di frazionamento del premio, applicati qualora l'Aderente scelga di frazionare il premio in rate mensili, vengono applicati al premio annuo. I suddetti costi di frazionamento sono rappresentati nella seguente tabella:

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Mensile	4,00%

5.2 Spese amministrative per il rimborso del premio in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, non sono previste spese amministrative.

* * *

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)
55,56%

6. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

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

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.

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 agli articoli 1.5 e 1.6 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

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

8. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La copertura si risolve di diritto se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

9. Riscatto e riduzione

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

10. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto - e dunque entro e non oltre il giorno precedente la data di decorrenza delle coperture assicurative - l'Aderente ha la facoltà di revocare il Modulo di Adesione. Entro il termine sopra indicato l'Aderente che intenda avvalersi del diritto di revoca, deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o presentare richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

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

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

11. Diritto di recesso

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

Il recesso si esercita mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BCC Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.

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

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

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

Il medesimo diritto di recesso spetta altresì ai singoli Assicurati, da potersi esercitare entro 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa relativa alle singole adesioni. La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Assicurato.

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

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

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

Si rinvia agli artt. 2.7 delle Condizioni di Assicurazione per conoscere le modalità ed i termini per la denuncia del sinistro nonché tutta l'ulteriore documentazione che l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a presentare con riferimento alle diverse coperture assicurative.

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

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.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14. Lingua in cui è redatto il contratto

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

15. 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 tramite e-mail alla casella di posta elettronica certificata tutela.consumatore@pec.ivass.it, fax al numero 06/42133206 o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

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

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

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

16. Comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato alla Compagnia

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

In caso di trasferimento di residenza dell'Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

In caso di trasferimento di domicilio dell'Aderente/Assicurato in un Stato estero, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia.

17. Informativa in corso di contratto

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013, la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

E' possibile richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia.

L'Assicurato può autorizzare la Compagnia a trasmettere in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto a seguito del rilascio dell'apposito consenso.

18. Conflitto di interessi

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

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

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

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

19. Arbitrato

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

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

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

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

Il Rappresentante Legale

Carlo Barbera

 Handwritten signature of Carlo Barbera in black ink.

NOTA INFORMATIVA

GARANZIE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA, DISOCCUPAZIONE E RICOVERO OSPEDALIERO

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

L'Aderente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

Numero di telefono: 02.6328.811 – numero di fax: 02.62086598

sito internet: www.chiaraassicurazioni.it

Indirizzo di posta elettronica: infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Al 31 dicembre 2016 il Patrimonio Netto della Compagnia ammonta a 20,579 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 12,411 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta 4,952 milioni di euro.

In base alla normativa Solvency II la Compagnia presenta, alla data suindicata, i seguenti dati di solvibilità:

- Solvency Capital Requirement (SCR): 20,696 milioni di euro;
- Fondi Propri: 24,117 milioni di euro;
- Solvency Capital Ratio: 116,53%.

Il "Solvency Capital Ratio" è il rapporto tra i Fondi Propri della Compagnia e il capitale di solvibilità (Solvency Capital Requirement) richiesto dalla normativa Solvency II.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata contrattuale:

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

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

- 30 anni per la garanzia Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia;
- 10 anni per le garanzie: Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita involontaria d'impiego o disoccupazione e Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia.

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

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

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli **artt. 1.6 e 1.7** delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto di assicurazione stipulato, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, offre all'assicurato le seguenti garanzie:

- **Sezione Protezione del Debito Residuo**

Indennizza il debito residuo risultante al momento del sinistro in caso di:

- Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% a seguito di infortunio o malattia

Per maggiori dettagli si rimanda all'**art. 3.1 e 3.9** delle Condizioni di Assicurazione.

- **Sezione Protezione della Rata del Mutuo**

Indennizza un determinato numero di rate del mutuo in caso di:

- Inabilità Totale Temporanea da infortunio o malattia (garanzia attiva solo per i lavoratori autonomi)
- Perdita involontaria dell'impiego (garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente privato),
- Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (garanzia sempre attiva per Non Lavoratori, Lavoratori Dipendenti di Ente pubblico, Lavoratori autonomi e attivabile facoltativamente dai Lavoratori Dipendenti di Ente privato).

Per maggiori dettagli si rimanda agli articoli **4.8, 4.14 e 4.20** delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli articoli 1.2, 1.7, 3.7, 3.10, 4.2, 4.6, 4.10, 4.16, 4.21 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali; per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli articoli 1.4, 3.1, 3.9, 3.12, 4.7, 4.13 e 4.19 delle Condizioni di Assicurazione.

Per **franchigia** si intende quella parte di danno che resta a carico dell'assicurato.

Per **franchigia assoluta** si intende quella parte di danno che resta sempre a carico dell'assicurato; si distingue dalla **franchigia relativa** che rappresenta un limite, superato il quale il danno è risarcito per intero.

A titolo esemplificativo:

Sezione Protezione del Debito Residuo

Per la garanzia **Invalidità Permanente** non viene corrisposta alcuna indennità se l'invalidità accertata è inferiore al 60%, per le invalidità pari o superiori al 60% viene liquidata la somma assicurata.

Esempio di franchigia relativa:

Grado Inv.Permanente accertato	Somma Assicurata	Prestazione erogata
55%	100.000 €	0
60%	100.000 €	€100.000

Prestazioni in caso di assicurazione di un importo inferiore all'importo del mutuo erogato (sotto-assicurazione)

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, la prestazione liquidata in caso di sinistro di Invalidità Permanente Totale sarà pari al debito residuo del mutuo alla data dell'evento moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato (percentuale indicata nel modulo di polizza).

Per le garanzie Inabilità Temporanea, Disoccupazione, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, la rata di rimborso indicata in polizza è già determinata in funzione del Capitale Assicurato e rappresenta quindi l'indennizzo convenuto.

Sezione Protezione della Rata del Mutuo

Sulle garanzie *Inabilità Temporanea totale* e *Perdita Involontaria dell'impiego* è operante una **franchigia assoluta** di 30 giorni, ovvero il sinistro è indennizzabile, rispettivamente, solo dopo i primi 30 giorni consecutivi di inabilità o di perdita dell'impiego.

Esempio di franchigia assoluta:

Inabilità accertata	Totale	Franchigia	Prestazione erogata
90 gg		30 gg	90 gg – 30 gg = 60 gg = 2 rate mensili del Mutuo

Massimale

Con riferimento alle garanzie *Inabilità Temporanea Totale per Infortunio o Malattia e Perdita Involontaria dell'Impiego*, il numero massimo di pagamenti mensili è di 15 indennizzi per ciascun sinistro.

Per le stesse garanzie, in caso di polizza di durata poliennale, è previsto un massimo di 60 indennizzi nel corso dell'intera durata del periodo di Assicurazione

A titolo esemplificativo:

Per singolo sinistro

Giornate di Inabilità Temporanea Totale / Disoccupazione	Prestazione Erogata
420 (pari a 14 mesi)	14 rate mensili
510 (pari a 17 mesi)	15 rate mensili

Per l'intero periodo di assicurazione

Totale Sinistri	Prest.ne Sinistro n.1	Prest.ne Sinistro n.2	Prest.ne Sinistro n.3	Prest.ne Sinistro n.4	Prest.ne Massima erogabile Sinistro n.5	Totale Rate Mensili Erogate
5	14 rate mensili	15 rate mensili	15 rate mensili	11 rate mensili	5 rate mensili	60 rate mensili

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: il contratto prevede la presenza di periodi di carenza contrattuali.

Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza della polizza durante i quali la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo Chiara Assicurazioni non corrisponde la prestazione assicurativa.

Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli artt. 3.9, 4.13 e 4.19 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

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

Si rinvia all'**art. 1.1** delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di maggior dettaglio.

AVVERTENZA E' prevista la compilazione di un questionario tecnico - sanitario. Si rammenta la necessità di verificare che le risposte alle domande del questionario siano esatte e corrispondano al vero.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

AVVERTENZA: l'Aderente o l'Assicurato devono dare comunicazione per iscritto alla Compagnia di ogni circostanza rilevante che determini l'aggravamento o la diminuzione del rischio intendendo per circostanze rilevanti quelle che se fossero sussistite al momento della stipula del contratto Chiara non avrebbe prestato l'assicurazione o l'avrebbe prestata a un premio differente, cioè quelle che modificano il rischio tenuto conto dell'evento assicurato.

L'Aderente o l'Assicurato devono dare comunicazione per iscritto alla Compagnia in caso di variazione della professione esercitata dall'assicurato. La mancata comunicazione comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto alla nuova professione e alla prestazione assicurativa ad essa correlata (cfr. art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione).

AVVERTENZA: la mancata comunicazione di variazione della professione esercitata dall'assicurato comporta l'inefficacia della copertura assicurativa. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 4.2** delle Condizioni di Assicurazione.**

7. Premi

Le garanzie assicurate sono prestate a fronte del pagamento di premi annui costanti per tutta la durata dell'assicurazione e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.
L'entità del premio dipende dal Capitale Assicurato Iniziale.

Il pagamento, sia del premio di perfezionamento sia dei premi successivi, avviene – su specifica autorizzazione sottoscritta in fase di stipula dell'assicurazione - mediante addebito su conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Banca distributrice del prodotto.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi, l'assicurazione prestata da Chiara Assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

Al momento dell'adesione l'Assicurato può scegliere di frazionare il premio annuale in rate mensili, senza aggravio di costi aggiuntivi. Successivamente nel corso dell'assicurazione non è possibile modificare la frequenza di pagamento del premio.

Di seguito si riportano i costi applicati da Chiara Assicurazioni alla componente di premio relativa alle garanzie *Invaldità Totale e Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia* fornite da Chiara Assicurazioni S.p.A, unitamente all'indicazione della quota parte di premio percepita dall'Intermediario-Contraente, espressa in valore percentuale del premio (imponibile) di tariffa.

VOCE	ALIQUOTA DEL PREMIO (IMPONIBILE) DI TARIFFA
Spese di emissione	Non previste
Caricamento	50,00%
Quota percepita dall'Intermediario-Contraente	35,00%

Esempio di provvigione percepita dall'Intermediario/Contraente:

PREMIO IMPONIBILE ANNUO	PROVVIGIONE = 35,00%
€ 200,00	€ 70,00

AVVERTENZA: in caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Mutuo, Chiara Assicurazioni restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza di rata successiva.

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

Per maggiori dettagli si rimanda all'art. 1.10 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Rivalse

AVVERTENZA: la polizza non prevede in nessun caso la presenza di rivalse, intendendo per rivale la possibilità per l'Assicuratore (Chiara Assicurazioni) di rivalersi verso i terzi responsabili del danno, una volta che questo è stato liquidato.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 1.16 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Diritto di recesso

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alla Compagnia tramite raccomandata A/R. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

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

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

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art. 1.11 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.

12. Legge applicabile al contratto

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

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

13. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi alle garanzie *Invalità Totale e Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia*, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad una aliquota d'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

Alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge, il pagamento del premio relativo alla garanzia *Invalità Totale e Permanente da Infortunio* dà diritto, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare), ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

Relativamente alle garanzie previste dalle presente polizza si segnala l'esistenza di specifiche modalità e termini per la denuncia del sinistro.

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

Per aspetti di dettaglio circa le modalità e i termini per la denuncia del sinistro si rinvia agli artt. 3.13 e 4.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Per aspetti di dettaglio con riferimento alle procedure liquidative si rinvia agli artt. 3.8, 3.11, 3.14, 4.11, 4.17, 4.22 delle Condizioni di Assicurazione.

15. Reclami

Ai sensi del Regolamento IVASS n. 24/2008, per Reclamo s'intende "una dichiarazione di insoddisfazione, in forma scritta, nei confronti di una impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo iscritto al Registro Unico degli Intermediari (RUI) o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso al RUI e relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

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

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

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

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte della Società, il reclamante potrà

rivolgersi all'IVASS ed ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie. In particolare:

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

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet : http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm).

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

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

16. Arbitrato

La risoluzione di eventuali controversie tra le Parti aventi ad oggetto aspetti disciplinati dal contratto di assicurazione può essere demandata ad un organo arbitrale.

Si rinvia all'**art. 3.14** delle Condizioni di Assicurazione per aspetti di maggior dettaglio.

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

Si rinvia al sito internet della Compagnia www.chiaraassicurazioni.it per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

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

CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Fabio Carniol



Polizza Protezione Mutuo a Premio Annuo

GLOSSARIO

(Il presente Glossario è aggiornato alla data del 31/05/2017)

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

Adeguata verifica della clientela: l'adeguata verifica della clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Tale attività prevede i seguenti adempimenti:

a) identificazione dei soggetti che intervengono nel rapporto assicurativo:

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

b) verifica dell'identità dei soggetti che intervengono nel rapporto, di cui al punto a), sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;

c) acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d) esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

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

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

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

Annuale (durata): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno bisestile).

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

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

Attività Extraprofessionali: ogni attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi ed alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno, nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo.

Attività Professionali: l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione.

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

Beneficiario: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

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

Per le altre garanzie: l'Assicurato.

Capitale Iniziale Assicurato: la somma, pari all'importo erogato (per i finanziamenti di nuova accensione) o al Debito Residuo (per i finanziamenti in corso) al momento della sottoscrizione dell'assicurazione, sulla base della quale viene determinato il premio e la misura dell'indennizzo.

Condizioni di assicurazione: termini e condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

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

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

Contratto: il contratto di mutuo.

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

Costi: oneri economici posti a carico dell'Assicurato.

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

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Disoccupazione: lo status dell'Assicurato qualora egli, in quanto Lavoratore Dipendente di un Ente Privato, si trovi a:

- a) aver cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione che generi un reddito o un guadagno; e
- b) essere iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali;
- c) non rifiutare irragionevolmente eventuali offerte di lavoro

Ebbrezza Alcolica: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 0,8 grammi per litro.

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

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

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

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

Finanziamento/Mutuo (contratto di): il contratto di mutuo con il quale l'Ente erogante concede in prestito una somma predeterminata che dovrà essere restituita secondo un piano di ammortamento predeterminato ed al quale si riferiscono le garanzie oggetto della presente Assicurazione.

Grandi Interventi Chirurgici: Interventi chirurgici e patologie elencati nella tabella allegata alla specifica Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura pari o superiore al 60% della capacità totale.

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia

organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto".

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

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

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

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

Malattia Progressiva: alterazione dello stato di salute – come sopra specificato – per la quale sono stati effettuati, prima della stipulazione della polizza, accertamenti medici o eseguite terapie.

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

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

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

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.

Perdita di Occupazione: la risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato in corso tra l'Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro derivante da recesso di quest'ultimo.

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

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

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

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

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

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

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

Premio: la somma in denaro, comprensiva di imposte, dovuta dall'Aderente alle Compagnie in base

alla Polizza ed in relazione ad ogni singolo Contratto assicurato.

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

Psicofarmaci, abuso di: assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Pubblica Amministrazione: ogni amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta dell'Assicurato, che comporti il pernottamento, in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia.

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

Sinistro: l'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Società/Impresa/Compagnia: a seconda delle garanzie assicurative prestate:

- BCC Vita S.p.A. per la garanzia in caso di Decesso
- Chiara Assicurazioni S.p.A. per le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

Sport Pericolosi: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., sci d'alpinismo, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazione durante gare e relative prove, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, skeleton, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, canoa fluviale oltre il 3° grado, salto con l'elastico (bungee jumping), rafting, hydrospeed, kitesurf, downhill.

Ubriachezza: la condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool nel sangue risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

Protezione Mutuo a Premio Annuo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 31/05/2017)

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni rese dall'Aderente e dall'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi le Compagnie si riservano:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto e, se è già avvenuto l'evento assicurato, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base ai dati corretti, delle somme dovute.

ART. 1.2 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

E' assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) sia Cliente dell'Intermediario ed abbia stipulato un contratto di mutuo in qualità di intestatario o cointestatario;
- b) sia garante non cointestatario del contratto di mutuo;
- c) abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione;
- d) abbia compilato e sottoscritto l'apposito Questionario Tecnico Assuntivo la cui compilazione è contestuale all'emissione del Modulo di Adesione ovvero, abbia presentato il Rapporto di Visita Medica ove previsto e si sia sottoposto agli eventuali accertamenti sanitari necessari richiesti dalle Compagnie.
- e) sia di età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (assicurativi), fermo restando che l'età alla scadenza non può essere mai superiore a 80 anni (assicurativi).

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

- Assicurare per l'intero importo del capitale assicurato uno o più cointestatari, sempre che per ognuno siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti, ciascuno dei quali sottoscriverà un Modulo di Adesione, secondo quanto previsto all'ART. 1.4 (Massimali Assicurabili) delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- Assicurare per un importo ridotto, comunque non inferiore al 50% del capitale assicurato, uno o più cointestatari, sempre che per ognuno siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui ai precedenti punti, ciascuno dei quali sottoscriverà un Modulo di Adesione.

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

ART. 1.3 – PRESTAZIONI ASSICURATE

L'assicurazione opera per le coperture di cui alla **Sezione 1 “Protezione del Debito Residuo del Mutuo”** e alla **Sezione 2 - “Protezione della Rata del Mutuo”**.

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

- a) nella **Morte**;
- b) nella **Invalidità Permanente Totale** causata da Infortunio o Malattia

- e, in base alla categoria professionale dichiarata dall'Assicurato e richiamata nel Modulo di Polizza
- c) nell'**Inabilità Temporanea Totale (ITT)** causata da Infortunio o Malattia (vedi tabella sottostante);
 - d) nella **Disoccupazione (PII)**; (vedi tabella sottostante);
 - e) nel **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (GIC)**; (vedi tabella sottostante);

1.3.1 Conseguentemente, le coperture di cui ai punti c), d) ed e) sono disponibili per le categorie professionali come di seguito indicate:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X	Non valida	X
Lavoratore Dipendente Privato	Non valida	X	X (acquistabile facoltativamente)
Lavoratore Dipendente Pubblico	Non valida	Non valida	X
Non Lavoratore	Non valida	Non valida	X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego (o Disoccupazione);
- GIC: Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Si precisa che ai fini della determinazione delle prestazioni assicurate, le Compagnie faranno riferimento in ogni momento al Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, inteso come il piano di ammortamento in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione.

La garanzia in caso di Decesso è sottoscritta e prestata da BCC Vita S.p.A.

Le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico sono sottoscritte e prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A..

ART. 1.4 – MASSIMALI ASSICURABILI

- Capitale assicurato

Il capitale massimo inizialmente assicurato non potrà superare euro 500.000,00 (cinquecentomila/00).

E' data facoltà all'Assicurato di scegliere liberamente l'importo del capitale da assicurare con un limite di sotto-assicurazione pari al 50% dell'importo erogato, con un minimo di € 25.000,00.

- Prestazioni in caso di sotto-assicurazione

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

- **per il caso morte e invalidità permanente totale**
pari al debito residuo del mutuo alla data del decesso moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato.
- **per tutte le altre garanzie**
pari alla rata mensile, comprensiva di capitali ed interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'importo indicato nel Modulo di Polizza. Si precisa che detto importo è calcolato in base alla Somma Assicurata esposta nel Modulo di Polizza e quindi tiene conto dell'eventuale sotto-assicurazione

Art. 1.5 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Per ogni soggetto assicurato, la conclusione della polizza è subordinata alla preventiva compilazione e sottoscrizione del Questionario Tecnico Assuntivo (ed alla presentazione del Rapporto di Visita Medica ove previsto) contenente informazioni atte a stabilire lo stato di salute dell'Assicurato e a individuare la categoria professionale alla quale collegare le garanzie specifiche della sezione 2.

BCC Vita e Chiara Assicurazioni si riservano di approfondire eventuali risposte del questionario con

ulteriori accertamenti sanitari e analisi cliniche.

BCC Vita e Chiara Assicurazioni garantiscono la copertura assicurativa solo a seguito della valutazione positiva del Questionario Sanitario. A seguito di una valutazione negativa la richiesta di copertura verrà respinta.

ART. 1.6 – CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione si considera concluso alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Modulo di Adesione, sempreché contestualmente sia stato corrisposto il primo premio, altrimenti il contratto si concluderà alle ore 24.00 della data di pagamento del primo premio.

La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di conclusione del contratto di assicurazione (fermo restando i periodi di carenza di cui all'art. 2.2 per il caso Morte, all'art. 3.9 per il caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia, all'art. 4.7 per il caso di Inabilità Temporanea Totale, all'Art. 4.131 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 4.19 per il caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico).

ART. 1.7 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata dell'assicurazione, cioè l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, coincide:

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

Eventuali estensioni della durata del mutuo in corso di contratto non modificheranno la durata dell'assicurazione che resterà in vigore fino alla scadenza contrattuale e le prestazioni assicurate continueranno ad essere operanti secondo il Piano di Ammortamento Iniziale del mutuo, come previsto all'art. 1.3.

La durata minima del contratto di assicurazione è pari a 1 anno.

La durata massima è fissata in:

- 30 anni per le garanzie della copertura **“Protezione del Debito Residuo del Mutuo”**;
- 10 anni per le garanzie della copertura **“Protezione della Rata del Mutuo”**.

L'assicurazione cessa prima della scadenza contrattuale nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato o l'Invalidità Totale Permanente.

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

ART. 1.8 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui costanti per tutta la durata dell'assicurazione e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

L'entità del premio dipende:

- dal Capitale Assicurato Iniziale;
- dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, relativamente alla sola parte di premio afferente la garanzia in caso di decesso.

In alternativa al pagamento dei premi con periodicità annuale, l'Aderente può scegliere al momento dell'adesione una frequenza di pagamento mensile, senza poterla modificare nel corso della durata contrattuale. In tal caso, la rata di premio afferente la garanzia in caso di decesso viene gravata da interessi di frazionamento.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite.

Il pagamento dei premi (Vita e Danni) avviene, su autorizzazione dell'Aderente, tramite unico addebito sul conto corrente dell'Aderente stesso intrattenuto presso la Banca distributrice del prodotto in riferimento sia alla quota parte di premio relativo alla garanzia in caso decesso sia alla quota parte del premio relativo alle restanti garanzie.

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

In caso di estinzione del conto corrente sul quale vengono addebitati i premi del contratto l'assicurazione viene risolta di diritto con effetto dalla prima scadenza di rata successiva alla chiusura del conto, senza necessità di disdetta e senza l'applicazione del termine di tolleranza di cui all'art.1901, 2° comma del Codice Civile.

È escluso il pagamento dei premi in contanti o con modalità diverse da quella sopra indicata.

ART. 1.9 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Il mancato pagamento alle scadenze convenute dei premi successivi al primo, determina la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei premi **scaduti e non versati, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

La copertura si risolve di diritto se le Compagnie non agiscono per la riscossione nel termine di 6 (sei) mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, fermo il diritto al premio di assicurazione in corso ed al rimborso delle spese.

ART. 1.10 – ESTINZIONE ANTICIPATA, RINEGOZIAZIONE O TRASFERIMENTO DEL MUTUO.

In caso di estinzione anticipata, rinegoziazione o di trasferimento del mutuo **Chiara Assicurazioni, per le garanzie prestate (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico)** e per propria quota di competenza, al netto delle eventuali imposte, restituirà la parte di premio pagato corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

In particolare:

verrà rimborsata all'Aderente la parte di premio non usufruita, a decorrere dal giorno di estinzione, rinegoziazione o trasferimento del mutuo al netto delle eventuali imposte governative, secondo il seguente algoritmo:

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

dove:

R = rimborso

P = Premio Imponibile della rata in scadenza (comprensivo di costi e provvigioni)

N = durata espressa in giorni della rata di premio

T = numero di giorni intercorrenti tra la data di estinzione del mutuo e la data di scadenza della rata

L'importo sopra determinato sarà accreditato sul conto corrente debitamente indicato dall'Aderente in occasione della comunicazione di estinzione anticipata, rinegoziazione o trasferimento del mutuo.

Per la garanzia prestata da BCC Vita (Decesso), in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Mutuo, la copertura assicurativa cessa alla prima ricorrenza successiva, in funzione del frazionamento del premio.

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

ART. 1.11 – DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione dandone comunicazione alle Compagnie tramite raccomandata A/R. In tal caso, le Compagnie rimborseranno all'Aderente il Premio pagato al netto dell'eventuale imposta. Le Compagnie sono tenute al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

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

Per le sole garanzie danni, prestate da Chiara Assicurazioni S.p.A., ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, se il contratto supera i cinque anni, l'Aderente/Assicurato trascorso il quinquennio, può esercitare annualmente la facoltà di recesso a partire dal quinto anno, senza oneri, con preavviso di sessanta

giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

ART. 1.12 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 1.13 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato e/o dell'Aderente alle Compagnie, con riferimento alla presente assicurazione, dovranno essere fatte per mezzo di raccomandata A/R, telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie all'Assicurato e/o all'Aderente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

ART. 1.14 – IMPOSTE E TASSE

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente, o dei Beneficiari, o degli aventi diritto.

ART. 1.15 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.16 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Le Compagnie rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile nei confronti del responsabile dell'infortunio.

ART. 1.17 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 1.18 – PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalla copertura vita si prescrivono nel termine di dieci anni dalla data in cui possono essere fatti valere ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2952 del Codice Civile, secondo comma. Relativamente alla garanzia in caso decesso qualora gli aventi diritto omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

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

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 1 - “PROTEZIONE DEL DEBITO RESIDUO DEL MUTUO”**ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE**
(garanzia operante per tutti gli Assicurati)**ART. 2.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE**

Nel caso di **Morte** dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art. 2.4, qualora:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'epoca del sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo Art. 2.4. Tale prestazione viene corrisposta solo a condizione che l'ammortamento del mutuo sia di tipo francese a tasso fisso o variabile e per mutui di durata fissa o flessibile. In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso, secondo quanto indicato all'Art. 1.10, il la copertura resterà in vigore – fino alla conclusione dell'annualità di premio pagata (o mensilità in caso di frazionamento mensile) - per un capitale assicurato pari al debito residuo previsto dal piano di ammortamento iniziale del mutuo senza quindi tener conto dell'anticipata estinzione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.
- b) il sinistro per morte da malattia avvenga dopo il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso che è pari a 180 giorni;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 2.6;
- d) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo Art. 2.7.

ART. 2.2 - INDENNIZZO PER IL CASO DI MORTE

Il capitale assicurato ad una data epoca corrisponde al debito residuo in conto capitale risultante dal piano di ammortamento del mutuo. Il capitale assicurato è quindi pari alla somma delle future quote capitale, derivanti da un piano di ammortamento di tipo francese a rate costanti o variabili per effetto della variazione periodica del tasso di interesse.

Più precisamente, tale capitale assicurato è pari, nel caso in cui il debito non sia stato estinto anticipatamente, al debito residuo in conto capitale rilevabile, all'epoca di valutazione, dal piano di ammortamento iniziale comunicato dall'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo.

Le informazioni necessarie al calcolo saranno comunicate dall'Istituto di Credito alla Compagnia in fase di richiesta di liquidazione.

Nel computo del debito residuo in conto capitale non verranno incluse eventuali rate di debito, di competenza di un'epoca antecedente all'epoca del sinistro dell'Assicurato, che risultino insolute alla data del calcolo.

Dalla Compagnia non verranno, in alcun caso, corrisposte quote interessi.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Compagnia.

In relazione ai mutui di durata flessibile, **BCC Vita** non assicura il debito residuo eventualmente presente per effetto dell'estensione della durata iniziale del mutuo stesso in epoche successive alla data di scadenza della copertura assicurativa.

In caso di cointestazione del contratto di mutuo:

- o il Capitale iniziale assicurato per testa è pari all'importo del mutuo erogato ripartito pro-quota tra i cointestatari;
- o la somma dei Capitali iniziali assicurati per ciascun cointestatario non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un singolo Modulo di Adesione.
- Per mutuo erogato si intende:
 - A) il capitale assicurato iniziale richiesto maggiorato del costo della copertura assicurativa per i nuovi mutui;
 - B) il debito residuo alla data di adesione alla polizza risultante dal piano di ammortamento per i mutui in corso.

In caso di anticipata estinzione totale del mutuo concesso si applica quanto previsto all'art. 1.10.

La prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta agli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

Il periodo di carenza per la copertura temporanea in caso di decesso derivante da morte da malattia è di 180 giorni.

L'immediata efficacia della copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia. Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con il solo Questionario Sanitario - la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Compagnia.

Tale limitazione non si applica e la Compagnia garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

L'Indennizzo per il caso di Morte, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale al momento del Sinistro, così come calcolato dal Contraente in base alle condizioni del Contratto, diminuito delle rate scadute e non pagate alla data del Sinistro e dei relativi interessi di mora e spese accessorie.

In caso di Morte dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo, la Compagnia liquiderà ai Beneficiari dell'Aderente - in copertura fino allo scadere dell'annualità di premio pagata (o mensilità, in caso di frazionamento mensile) - una somma pari a quello che sarebbe stato il debito residuo in linea capitale del mutuo al momento del Sinistro, secondo l'originario piano di rimborso del mutuo stesso.

ART. 2.3 - BENEFICIARI

Ad eccezione del caso di anticipata estinzione del mutuo, la prestazione prevista in caso di decesso viene interamente corrisposta agli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento.

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

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

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

1. l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. si sia verificata la morte dell'Assicurato;
3. verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

ART. 2.4 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

La copertura assicurativa relativa al rischio Decesso non è operante nei seguenti casi:

- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;**
- **suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;**
- **volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;**
- **infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito**

extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;

- malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: 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, sommergebilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.

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

2.4.1 Condizioni di Carenza

Il Contraente può richiedere che venga accordata all'Assicurato la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, compilato da parte di un medico. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dall'adesione ed il relativo premio sia stato regolarmente corrisposto dal Contraente, la Compagnia corrisponderà – in luogo del capitale assicurato – una somma pari al premio versato.

Tuttavia la Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'Adesione dell'Assicurato all'Assicurazione Collettiva, intendendo per infortunio – fermo quanto disposto al precedente punto A. – l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

ART. 2.5 – RISCATTO

L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

ART. 2.6 – PRESTITI

In relazione al presente contratto non sono concedibili prestiti

ART. 2.7 - DENUNCIA DEL SINISTRO E ONERI RELATIVI

In caso di decesso, i Beneficiari debbono darne avviso alla Compagnia, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero recandosi allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto, allegando i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto come appresso indicato.

La Compagnia provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del decesso, a rendere nota la propria decisione e, nel caso sia accertata l'indennizzabilità del sinistro, a liquidare la prestazione entro 30 giorni dalla data convenzionale di ricevimento della completa documentazione richiesta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

La documentazione da inoltrare è la seguente:

- 1) piano di ammortamento del mutuo da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso - nonché gli elementi necessari alla Compagnia per la valutazione del debito residuo stesso - e le coordinate bancarie di accredito sottoscritte da un Soggetto Facoltizzato dall'Istituto di Credito;
- 2) certificato di morte dell'Assicurato (in originale);
- 3) copia integrale della cartella clinica, in caso di decesso avvenuto in ospedale, clinica o casa di cura;
- 4) relazione medica attestante la causa del decesso in caso di decesso non dovuto ad infortunio e non avvenuto in ospedale o casa di cura;
- 5) eventuale referto autoptico e necroscopico;

Nel caso in cui il Sinistro sia imputabile a Morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:

- 6) copia del verbale dell'Arma dei Carabinieri o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'Autorità Giudiziaria competente, da cui si desumano le precise circostanze del Decesso, con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il decesso;
- 7) consenso all'utilizzo dei dati personali (D. Lgs N. 196/03) sottoscritto dai Beneficiari;
- 8) dati anagrafico fiscali dei Beneficiari e loro coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, C.A.B., A.B.I. e numero di conto corrente di ciascun Beneficiario);
- 9) fotocopia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale dei Beneficiari;
- 10) copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenni o incapace;
- 11) Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:

- in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
- in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

Inoltre, l'Istituto di Credito presso cui è stato acceso il mutuo, gli eventuali altri Beneficiari, o altra persona in loro vece devono:

- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del sinistro;
- consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

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

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

ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

1- INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

(Garanzia attiva per tutti gli assicurati)

ART. 3.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

In caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato per infortunio di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, Chiara corrisponde un indennizzo pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'infortunio secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo, **rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel modulo di polizza** e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato,

ART. 3.2 – GARANZIE PRESTATE

Chiara tutela l'Assicurato per gli infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza
- b) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- c) gli infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- d) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

Sono considerati infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o congelamento;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- gli infortuni causati da frane e smottamenti del terreno;
- le lesioni determinate da sforzi.

ART. 3.3 - RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti.

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- a) corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o di mezzi aerei (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili),
- b) sport pericolosi;
- c) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

ART. 3.4 - RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

ART. 3.5 - RISCHIO GUERRA

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

ART. 3.6 - BENEFICIARI

Per la Garanzia Invalidità Permanente, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato stesso.

ART. 3.7 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante, anche a motore, se l'Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con abilitazione scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- c) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per

mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
 e) conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e di accelerazione artificiale di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
 f) guerre o insurrezioni, salvo quanto diversamente previsto all'art. 3.5;
 g) uragani, inondazioni, alluvioni, allagamenti, mareggiate, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti;
 h) infarti e/o ernie;
 i) rotture sottocutanee di tendini;
 j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
 k) sindromi organiche cerebrali
 Sono altresì esclusi gli infortuni:
 l) subiti in stato di ubriachezza, alcoolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
 m) subiti in occasione di partecipazione ad imprese temerarie e/o pericolose;
 n) derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

ART. 3.8 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

Chiara corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, il grado di quest'ultima verrà valutato facendo riferimento ai valori delle menomazioni riportati nell'Allegato A (Tabella INAIL) al D.P.R. 30/6/65 n°1124 relativo alle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente.

Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra specificate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

(Garanzia attiva per tutti gli assicurati)

ART. 3.9 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della capacità totale, conseguente a malattia e a condizione che:

- a) si sia manifestata successivamente alla data di effetto del contratto;
- b) sia trascorso il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni

e comunque non oltre la data di cessazione del Contratto.

L'indennizzo corrisposto da Chiara sarà pari al debito residuo in linea capitale al momento dell'evento secondo l'originario piano di ammortamento del mutuo, rapportato alla "percentuale da assicurare" indicata nel modulo di polizza e fermo il limite massimo del capitale iniziale assicurato,

ART. 3.10 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia causata da:

- a) nevrosi, malattie mentali e del sistema nervoso;
- b) abuso di alcolici, di psicofarmaci, o da uso non terapeutico di allucinogeni o stupefacenti;
- c) aborto volontario, ad eccezione di quello necessario per motivi terapeutici;
- d) trattamenti estetici, cure dietologiche e dimagranti;
- e) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse) e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Chiara;
- f) eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni conosciute e preesistenti alla stipulazione del contratto e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Chiara;
- g) malattie contratte professionalmente e così definite dal D.P.R. 30.6.65 n. 1124;
- h) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) guerre ed insurrezioni;
- j) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico.

ART. 3.11– CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

Chiara corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla precedente condizione menomativa.

Si intendono per:

Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinino alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da esse causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, secondo i parametri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel Testo Unico disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30, giugno 1965 n. 1124.

Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal suddetto Testo Unico la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ARTICOLI OPERANTI SIA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI SIA PER L'ASSICURAZIONE MALATTIA

ART. 3.12 - L'indennizzo per il caso di invalidità totale permanente è dovuto se la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza del contratto di assicurazione – entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

ART. 3.13 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fare denuncia scritta compilando l'apposito modulo reperibile presso le filiali della Banca distributrice del Prodotto o chiamando il numero verde:

Numero Verde
800.31.29.55

e inviando lo stesso, entro 3 (tre) giorni dalla data di accadimento del sinistro, o da quando ne hanno avuto la possibilità, a: Chiara Assicurazioni S.p.A., Via G. B. Cassinis, 21, 20139 Milano, tramite raccomandata AR.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, gli Eredi devono consentire a Chiara le indagini e gli accertamenti necessari. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da Chiara, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Art. 3.14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per Morte da infortunio o Invalidità Permanente da infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 3.15 – NON CUMULABILITÀ

Gli indennizzi per Morte, per Invalidità Permanente da infortunio e Invalidità Permanente da malattia non potranno in alcun caso cumularsi tra di loro.

ART. 3.16 – PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Chiara procederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento con moneta legalmente in corso al momento del sinistro.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, Chiara corrisponde agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE 2 - “PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO”

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 4.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le garanzie della presente Sezione consistono nel pagamento dell'indennità prevista dalla garanzia attivata in funzione della Categoria Professionale dell'Assicurato indicata nel Modulo di Polizza, a condizione che siano decorsi i periodi di carenza e di franchigia stabiliti e fermi restando i limiti massimi di indennizzo indicati alle singole garanzie.

Le Categorie Professionali e le relative garanzie attivabili sono:

Categoria Professionale:	Garanzie (*)		
	ITT	PII	GIC
Lavoratore Autonomo	X	Non valida	X
Lavoratore Dipendente Privato	Non valida	X	X (acquistabile facoltativamente)
Lavoratore Dipendente Pubblico	Non valida	Non valida	X
Non Lavoratore	Non valida	Non valida	X

(*) Legenda Garanzie:

- ITT: Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia;
- PII: Perdita Involontaria dell'Impiego (o Disoccupazione);
- GIC: Ricovero ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Art. 4.2 – MODIFICA DELLA CATEGORIA PROFESSIONALE

In caso di modifica della Categoria Professionale nel corso dell'assicurazione, il Contraente o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione a Chiara. Qualora la nuova Categoria Professionale comporti una diversa garanzia – secondo la tabella di cui all'art. 4.1 – Chiara adeguerà il contratto in base al nuovo status lavorativo.

Qualora il Contraente o l'Assicurato non accettino le nuove condizioni, il contratto s'intenderà risolto dalla data di comunicazione del nuovo status lavorativo e Chiara rimborserà la parte di premio non usufruita con le modalità previste dall'art. 1.10.

La mancata comunicazione di modifica della Categoria Professionale comporta l'impossibilità di adeguamento del contratto e la conseguente inefficacia della copertura assicurativa.

Art. 4.3 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

In caso di Sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto a Chiara, con lettera raccomandata A/R, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro.

Ai fini dell'avviso scritto di Sinistro, i soggetti di cui sopra dovranno compilare debitamente l'apposito

modulo, reperibile presso le filiali del Banca distributrice il prodotto o chiamando il numero verde



e inviare lo stesso a:

♦ Chiara Assicurazioni S.p.A., Via G.B. Cassinis, 21, 20139 Milano, unitamente alla documentazione di cui all'Art. 4.11 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 4.17 per il caso di Disoccupazione e all'Art. 4.22 per il caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

Per i casi di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia e di Disoccupazione, una volta avvenuto il pagamento dell'indennizzo relativo alle rate comprese nella denuncia iniziale, se il sinistro

dovesse protrarsi, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare a Chiara il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso le filiali della Banca distributrice il prodotto, a mezzo raccomandata A/R entro 60 giorni dalla scadenza della rata di mutuo successiva a quelle già liquidate e così successivamente fino al termine del sinistro.

Chiara potrà, in ogni momento, richiedere al Contraente e/o all'Assicurato od ai suoi aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla assicurazione.

L'Assicurato deve consentire a Chiara le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia di Chiara stessa.

Art. 4.4 – BENEFICIARI DELLE INDENNITÀ - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Per tutte le garanzie della presente sezione, beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

Chiara esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del sinistro.

Art. 4.5 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro per infortunio o malattia, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 4.6 – VALIDITA' TERRITORIALE

Le garanzie "Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia" e "Indennizzo Forfettario per Grandi Interventi Chirurgici" hanno validità nell'ambito dell'Unione Europea.

**2.1 - ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
DA INFORTUNIO O MALATTIA**

(garanzia attiva solo per i Lavoratori Autonomi)

Art. 4.7 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Chiara corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 4.8 a condizione che:

- a) l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificata durante il periodo in cui l'assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) il Sinistro, se conseguente a Malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 4.10;
- d) l'Assicurato e/o i suoi aventi causa e/o il Contraente abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente Art. 4.3.

Art. 4.8 - INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del mutuo che venga a scadere nel periodo di inabilità lavorativa comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di completa astensione dal lavoro.

Art. 4.9 – LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro e 60 (sessanta) per tutta la durata delle garanzie.

Art. 4.10 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Sono esclusi i casi di Inabilità Totale Temporanea causati da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Chiara;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) guida di veicoli e natanti a motore quando l'assicurato si trova in stato di ebbrezza alcolica;
- e) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) guerra anche non dichiarata, salvo il caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi bellici mentre si trova in uno stato estero sino ad allora in pace. La garanzia è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità e a condizione che l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- h) insurrezioni, atti di terrorismo;
- i) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- k) sindromi organiche cerebrali;
- l) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;

- o) 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;
- p) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- q) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 4.11 – DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente Art. 4.3 la seguente documentazione:

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

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

Art. 4.12 – SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 30 giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

2.2 - ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE

(garanzia attiva solo per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 4.13 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di Disoccupazione, Chiara corrisponderà l'Indennizzo di cui all'art. 4.14 a condizione che:

- a) si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24:00 della data termine del Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni successivo alla Data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 4.16;
- d) l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente Art. 4.3.

Art. 4.14 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

L'Indennizzo per il caso di Disoccupazione consiste nel pagamento dell'Indennità mensile indicata in polizza, per ciascuna rata del mutuo che venga a scadere nel periodo di disoccupazione comprovato e decorso il Periodo di Franchigia Assoluta sotto indicato.

Ai finanziamenti con rateazione diversa da quella mensile, si attribuiranno convenzionalmente le scadenze mensili con riguardo al giorno di scadenza delle rate stesse e ciò sino alla chiusura del sinistro.

Non sono indennizzabili e pertanto saranno escluse dal calcolo, le rate scadenti nel Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di disoccupazione, risultante dalla lettera di licenziamento di cui al punto b) dell'art. 4.13.

Art. 4.15 – LIMITI DI INDENNIZZO

Il numero massimo di indennizzi mensili liquidabili è pari a 15 (quindici) rate per sinistro e 60 (sessanta) per tutta la durata delle garanzie.

Art. 4.16 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto da Chiara per il caso di Disoccupazione se:

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

Art. 4.17 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

- a) Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente art. 46 la seguente documentazione:
- b) copia di un documento di identità;
- c) copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;

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

L'Assicurato/Contraente si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire a Chiara le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

ART. 4.18 – SINISTRI SUCCESSIVI

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

2.3 - ASSICURAZIONE PER IL RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

(garanzia attiva per Non Lavoratori, Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico e opzionale, in aggiunta alla garanzia "Perdita Involontaria Impiego, per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 4.19 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni (franchigia relativa di 5 giorni) presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" cui l'elenco allegato, Chiara corrisponde l'indennizzo forfettario indicato all'art. 4.20 a condizione che:

- a) il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi dell'art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione;
- b) il Sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza;
- c) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 4.21;
- d) l'Assicurato/Contraente od i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli obblighi di cui al precedente Art. 4.3.

Art. 4.20 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'Indennizzo forfettario assicurato sarà pari a

- 12 volte la somma indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte la somma indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il SSN;

Art. 4.21 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'assicurato a Chiara;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
- g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- h) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- i) sindromi organiche cerebrali;
- j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- m) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 4.22 - DOCUMENTAZIONE AI FINI DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato/Contraente deve allegare al modulo di cui al precedente Art. 46 la seguente documentazione:

- a. copia del documento di identità;
- b. autocertificazione della propria Categoria Professionale (eccezion fatta per i Lavoratori Dipendenti di Ente Privato che dovranno produrre certificazione del Datore di Lavoro);
- c. certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Art. 4.23 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

**TABELLA SINTETICA DELLE GARANZIE, TERMINI DI CARENZA, LIMITI E FRANCHIGIE
APPLICABILI ALLA SEZIONE "PROTEZIONE DELLA RATA DEL MUTUO"**

GARANZIE	SOGETTI ASSICURATI		
	Lavoratori autonomi	Lavoratori Dipendenti Privati	Lavoratori Dipendenti Pubblici / Non lavoratori
I.T.T.	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	Garanzia NON operante	Garanzia NON operante
Indennizzo:	Rata mensile in scadenza		
Periodo di Franchigia Assoluta:	30 gg.		
Carenza:	30 gg. per Malattia		
Limite di indennizzo:	Sino a 15 rate per Sinistro per Mutui Ipotecari, Massimo 60 rate per la durata di tutte le garanzie		
Periodo di Riqualficazione:	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa, malattia del sinistro precedente		
P.I.I.	Garanzia NON operante	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	Garanzia NON operante
Indennizzo:		Rata mensile in scadenza	
Periodo di Franchigia Assoluta:		30 gg.	
Carenza:		30 gg.	
Limite di indennizzo:		Sino a 15 rate per Sinistro per Mutui Ipotecari, Massimo 60 rate per la durata di tutte le garanzie	
Periodo di Riqualficazione:		90 gg.	
G.I.C.	GARANZIA SEMPRE OPERANTE	GARANZIA OPERANTE (OPZIONALE)	GARANZIA SEMPRE OPERANTE
Indennizzo:	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento	12 volte la rata mensile per GIC in regime di solvenza 6 volte la rata mensile per GIC in SSN o regime di convenzionamento
Periodo di Franchigia Relativa:	5 gg.	5 gg.	5 gg.
Carenza:	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia	30 gg. per Malattia
Periodo di Riqualficazione:	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente	30 gg. per sinistro nuovo 90 gg. per sinistro dovuto allo stesso infortunio o stessa malattia del sinistro precedente

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
--

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.

- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO – caso morte

Protezione Mutuo – APMR011

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

n. polizza	Assicurato	Agenzia BCC Roma

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

BENEFICIARIO	FIRMA	IBAN

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- Certificato di morte dell'Assicurato;
- Piano di ammortamento completo del mutuo;
- Relazione dell'ultimo Medico Curante, con l'indicazione delle esatte cause della morte;
- Copia integrale della eventuale cartella clinica.
- fotocopia del documento di identità valido e del codice fiscale di tutti i Beneficiari;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi

- sopra indicati.
- Decreto del Giudice Tutelare e relativa autorizzazione a procedere alla liquidazione (se tra gli Eredi risultano minorenni o incapaci);

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

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

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

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

Luogo e Data

Timbro e Firma della BCC di Roma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

1) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative ⁽¹⁾

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, le Società devono disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti⁽²⁾ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁽³⁾ – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative ed amministrativo contabili⁽⁴⁾, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

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

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁽⁵⁾ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁽⁶⁾, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e le Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. “catena assicurativa”⁽⁷⁾.

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

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

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

Le Società dichiarano che non tratteranno i Suoi dati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di Terzi. Pertanto non verrà richiesto esplicito consenso o diniego; ciò non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

3) Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati⁽⁸⁾ dalle Società – titolari del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. Nelle Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁹⁾; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

4) Diritti dell'interessato

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente alla prestazione in caso di morte, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono

a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgere richiesta al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Funzione Privacy, con sede in Lungadige Cangrande, 16, 37126 Verona, e-mail: privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente a tutte le altre prestazioni, per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati e per ottenere l'elenco completo dei Responsabili del trattamento, può rivolgere richiesta al Titolare mediante lettera raccomandata (Funzione Antiriciclaggio, Antiterrorismo e Privacy, via G.B. Cassinis, 21 - 20139 Milano), telefax (n. 02.5351969) o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

NOTE

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

⁽²⁾ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici.

⁽³⁾ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁽⁴⁾ I trattamenti effettuati per finalità amministrativo-contabili sono quelli connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile. In particolare, perseguono tali finalità le attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale.

⁽⁵⁾ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁽⁶⁾ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁽⁷⁾ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società dei Gruppi a cui appartengono BCC Vita S.p.A. e Chiara Assicurazioni S.p.A (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge anche per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231);
- ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, quali (ripartiti secondo i rami assicurativi interessati):
 Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche, CIAA; Concordato Cauzione Credito 1994; ULAV - Unione Latina Assicurazione Valori; Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici; Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento; Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l.; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste; ANADI - Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto; SIC - Sindacato Italiano Corpi; Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici; IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale, 21 - Roma); nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di informazione finanziaria per l'Italia; Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione; Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

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

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

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

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

Proposta di Adesione alle Polizze Assicurative Protezione Mutuo a premio annuo N. 30000366 e N. 100.1.000.805 stipulate tra la Banca di Credito Cooperativo di Roma (in qualità di Contraente) e le Compagnie Chiara Assicurazioni S.p.A. e BCC Vita S.p.A. PROPOSTA N. «NUMERO_PROPOSTA»

Aderente	
Cognome e Nome / Ragione Sociale:	Sesso:
Professione/Settore:	Persona fisica o giuridica:
Indirizzo residenza/Sede Legale:	Codice Fiscale/P. IVA:
CAP:	Comune:
Provincia:	Nazione:

Assicurato	
Cognome e Nome:	Sesso:
Indirizzo residenza:	Codice Fiscale:
CAP:	Comune:
Provincia:	Nazione:
Professione:	Categoria professionale:
Data Nascita:	Luogo di nascita:
Provincia:	Nazione:

Autorizzazione all'adesione da parte dell'Assicurato (se diverso dall'Aderente)

Il sottoscritto autorizza l'Aderente alla stipula della presente polizza per proprio conto ai sensi dell'art. 1919, comma 2.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'Assicurato _____

Intermediario			
Intermediario:	ABI:	CAB:	Codice Sportello:

Estremi di Polizza			
Codice Prodotto:	Codice Fascicolo Informativo:		
Data di decorrenza polizza (ore 24.00 del):	Data di scadenza polizza (ore 24.00 del):	Durata polizza: (anni / mesi)	
Sezione "Protezione del debito residuo del finanziamento" - Data di scadenza (ore 24.00 del):		Durata sezione:	
Sezione "Protezione della rata del finanziamento" - Data di scadenza (ore 24.00 del):		Durata sezione:	

Estremi della copertura assicurativa				
Sezione	Garanzia (valida se selezionata e corrisposto il relativo premio)	Somma Assicurata (euro)	Premio Lordo annuo (euro)	di cui Imposte (euro)
Protezione del debito residuo del finanziamento	<input type="checkbox"/> Decesso	Capitale Assicurato		
	<input type="checkbox"/> Invalidità permanente totale da infortunio o malattia	Capitale Assicurato		
Protezione della rata del finanziamento	<input type="checkbox"/> Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia	Rata mensile assicurata		
	<input type="checkbox"/> Perdita involontaria dell'impiego/Disoccupazione	Rata mensile assicurata		
	<input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero per grande intervento chirurgico	Rata mensile assicurata		

Estremi del Mutuo				
Numero contratto:	Data stipula:	Data scadenza:	Durata: (anni/mesi/giorni)	
Tipo:	Importo erogato (euro)	Capitale Richiesto/ Debito Residuo (euro):	% da assicurare:	
Rateazione:	TAN:	Ente erogante:		

Premio (in euro)				
Premio Lordo Annuo (Vita e Danni):	di cui Imposte:	Premio Lordo di Rata (Vita e Danni):	di cui Imposte:	
Premio di Rata (Vita) (*):		di cui Costi a carico dell'Aderente:	di cui importo percepito dall'intermediario:	
(*) comprensivo di interessi di frazionamento mensile, se prescelto, pari al 4%				
Premio Lordo di Rata (Danni):	di cui Imposte:	di cui Costi a carico dell'Aderente:	di cui importo percepito dall'intermediario:	
Frequenza di pagamento:		Modalità di Pagamento: Addebito diretto in conto corrente bancario		
Coordinate Bancarie:	ABI:	CAB:	CIN:	Numero C/C: IBAN:



Designazione dei Beneficiari

Beneficiario irrevocabile in caso di Morte limitatamente alla quota parte di prestazione in caso di decesso corrispondente al debito residuo effettivo alla data di decesso stessa:

in caso di aderente persona giuridica: l'Aderente
 in caso di aderente persona fisica: gli Eredi Legittimi, salvo diversa comunicazione scritta

Luogo: _____ Data: _____ Firma dell'Aderente
 (o di altro soggetto con poteri di firma) (Assicurato)



Dichiarazioni dell'Aderente

INFORMATIVE PRECONTRATTUALI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Luogo: _____ Data: _____ Firma Aderente
 (o di altro soggetto con poteri di firma)



APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Aderente dichiara inoltre di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 secondo comma: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari – i seguenti articoli: 1.7 Durata dell'assicurazione - 1.8 Pagamento del premio - 1.17 Cessione dei diritti - 2.1 Oggetto per la copertura per il caso di Morte - 2.4 Esclusioni per il caso di Morte - 2.7 Denuncia del sinistro e oneri relativi - 3.1 Oggetto della copertura - 3.9 Oggetto dell'assicurazione - 3.13 Denuncia del sinistro ed oneri relativi - 4.1 Oggetto dell'assicurazione - 4.3 Denuncia del sinistro ed oneri relativi - 4.6 Validità territoriale - 4.7 Oggetto della copertura per Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia - 4.9 Limiti di indennizzo - 4.13 Oggetto della copertura per Disoccupazione - 4.15 Limiti di indennizzo - 4.19 Oggetto della copertura per Grandi Interventi Chirurgici.

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

Luogo: _____ Data: _____ Firma Aderente
 (o di altro soggetto con poteri di firma)



Dichiarazioni dell'Assicurato - Assumibilità

QUESTIONARIO SANITARIO

È richiesta – contestualmente alla sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, la compilazione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario. L'Assicurato dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora le Compagnie stesse all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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

Luogo: _____ Data: _____ Firma Assicurato



RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

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

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

Luogo: _____ Data: _____ Firma Assicurato



AVVERTENZE:

- **LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURATO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.**
- **ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALL'IMPRESA, L'ASSICURATO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE CON IL TOTALE COSTO A CARICO DELLO STESSO.**

Luogo: _____ Data: _____ Firma Assicurato



PRP_APMR011_01

PROPOSTA N. «NUMERO_PROPOSTA»

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

Con riferimento agli articoli o sezioni riferibili alla durata della Polizza, ai sensi dell'art. 1899 Codice Civile, l'Aderente prende atto di quanto di seguito indicato:

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

FERMO IL RESTO

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

Diritti dell'Aderente

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

RECESSO
E' possibile, da parte dell'Aderente, esercitare il diritto di recesso dal presente modulo di adesione entro **60 giorni** dalla data di conclusione del contratto stesso.

Autorizzazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

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

Luogo _____ Data _____ Firma Aderente
(o di altro soggetto con poteri di firma) Firma Assicurato _____

Spazio Riservato all'Incaricato della Banca

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

«Identificativi Incaricato Banca»
Luogo _____ Data _____ Firma dell'Incaricato della Banca _____

BCC Vita S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera

«LUOGO», _____ il «DATA_EMISSIONE» _____

CHIARA Assicurazioni S.p.A.
Il Rappresentante Legale
Fabio Carniol

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

