

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONNESSO AD UN MUTUO

Polizza Protezione Mutuo

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

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

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

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



BCC Vita S.p.A. - Compagnia di assicurazioni vita per il Credito Cooperativo - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al N. 019 - Capitale € 62.000.000,00 int. vers. Registro Imprese Milano REA n. 1714097 Codice fiscale e Partita Iva 06868981009 - Autorizzata con provvedimento ISVAP n. 2091 del 29/05/2002 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7/06/2002.

Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00143 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione. Sede Legale, Operativa e Direzione Generale Largo Tazio Nuvolari, 1, 11 20143 Milano Telefono (+39) 02 466275



Chiara Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Banco Desio Sede Legale Via Rovagnati, 1 20832 DESIO - Monza-Brianza Direzione Generale: Via Galileo Galilei, 7 20124 MILANO Società per Azioni - Cap. Soc. Euro 9.411.000,00 i.v. CF e PIVA 05366510963 Reg. Imprese Monza Brianza 05366510963 Numero REA della CCIAA di Monza Brianza 1815609 Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni Danni con Provvedimento ISVAP N. 2470 del 26 Ottobre 2006 - G.U. N. 256 del 3 novembre 2006 - Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di assicurazione al n.1. 00153



Polizza Protezione Mutuo

NOTA INFORMATIVA

(La presente nota informativa è aggiornata alla data del 20/09/2012)

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

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

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è facoltativa.

NOTA INFORMATIVA GARANZIA IN CASO DI DECESSO

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

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 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;
- 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'ISVAP n. 1.00143.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2011 ammonta a 67,6 milioni di Euro. Il capitale sociale è pari a 62,0 milioni di Euro mentre il totale delle riserve è pari a 35,9 milioni di Euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2011 risulta pari al 132,2%.

B) INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del Contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale, salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del finanziamento l'Assicurato raggiunga i 75 anni d'età (assicurativi). In tal caso la durata della copertura assicurativa sarà pari al numero di anni e mesi interi (eventualmente arrotondati per eccesso) che intercorrono tra la data di decorrenza del contratto di e la data di compimento dei 75 anni di età (assicurativi);



- per i mutui in corso, è pari a quella residua, salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del contratto di mutuo l'Assicurato raggiunga i 75 anni di età (assicurativi). In tal caso la durata è calcolata come indicato al punto precedente.

La durata massima è pari a 30 anni.

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

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

3. Prestazioni e coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

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

a) Morte

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

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

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

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

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

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

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

AVVERTENZA: è previsto un limite massimo di età assicurabile.

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

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

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

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

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

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

5. Periodi di carenza contrattuali

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



PRESTAZIONE ASSICURATIVA	PERIODO DI CARENZA
In caso di Decesso	180 giorni

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio - variazioni nella professione

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

7. Premi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativamente alla garanzia per il caso morte:

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

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

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

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



Non sono presenti spese di emissione per il contratto.

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

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

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

Capitale assicurato: € 50.000

Sesso m	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	151,05	315,00	516,75	782,15	1.147,95	1.665,55
35	183,80	400,75	693,25	1.102,25	1.685,55	2.520,20
40	249,15	573,60	1.032,80	1.691,60	2.637,00	3.946,45
45	379,20	897,00	1.643,55	2.716,80	4.202,05	6.249,95
50	607,40	1.457,25	2.680,35	4.368,60	6.697,75	-

Sesso f	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	66,05	140,80	244,20	389,40	593,95	882,65
35	94,25	209,45	372,20	602,35	927,95	1.368,40
40	140,00	322,60	581,55	948,65	1.444,65	2.114,65
45	219,95	511,15	925,05	1.482,75	2.237,05	3.297,40
50	341,95	808,95	1.434,20	2.282,20	3.480,75	-

Capitale assicurato: € 100.000

Sesso m	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	302,10	630,00	1.033,50	1.564,30	2.295,90	3.331,10
35	367,60	801,50	1.386,50	2.204,50	3.371,10	5.040,40
40	498,30	1.147,20	2.065,60	3.383,20	5.274,00	7.892,90
45	758,40	1.794,00	3.287,10	5.433,60	8.404,10	12.499,90
50	1.214,80	2.914,50	5.360,70	8.737,20	13.395,50	-

Sesso f	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	132,10	281,60	488,40	778,80	1.187,90	1.765,30
35	188,50	418,90	744,40	1.204,70	1.855,90	2.736,80
40	280,00	645,20	1.163,10	1.897,30	2.889,30	4.229,30
45	439,90	1.022,30	1.850,10	2.965,50	4.474,10	6.594,80
50	683,90	1.617,90	2.868,40	4.564,40	6.961,50	-

Capitale assicurato: € 200.000

Sesso m	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	604,20	1.260,00	2.067,00	3.128,60	4.591,80	6.662,20
35	735,20	1.603,00	2.773,00	4.409,00	6.742,20	10.080,80
40	996,60	2.294,40	4.131,20	6.766,40	10.548,00	15.785,80
45	1.516,80	3.588,00	6.574,20	10.867,20	16.808,20	24.999,80
50	2.429,60	5.829,00	10.721,40	17.474,40	26.791,00	-



Sesso f	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
Età						
30	264,20	563,20	976,80	1.557,60	2.375,80	3.530,60
35	377,00	837,80	1.488,80	2.409,40	3.711,80	5.473,60
40	560,00	1.290,40	2.326,20	3.794,60	5.778,60	8.458,60
45	879,80	2.044,60	3.700,20	5.931,00	8.948,20	13.189,60
50	1.367,80	3.235,80	5.736,80	9.128,80	13.923,00	-

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

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

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E SUL REGIME FISCALE

10. Costi gravanti direttamente sull'Aderente

10.1 Costi gravanti sul premio

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

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

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

Durata della copertura assicurativa	Costi di acquisizione, gestione ed incasso (*)
Media (rilevata dai dati di portafoglio al 31/12/2011)	25,6% del premio unico

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari nell'anno solare 2011 con riferimento a ciascuna tipologia di costo di cui al presente paragrafo.

Tipo costo	Misura costo (*)	Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (quota parte dei costi) (*)
Costi gravanti sul premio	25,6%	19,5%

(*) Si precisa che i valori esposti sono derivanti dai dati medi di Portafoglio rilevati al 31/12/2011.

11. Sconti

In relazione alla presente polizza non sono previsti sconti.

12. Regime fiscale

Imposta sui premi

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

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

Detraibilità fiscale dei premi

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% da infortunio o malattia, il rischio di morte da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se la Compagnia non ha facoltà di recesso dal contratto, ai sensi dell'art. 15 bis comma 1) lett f) del D.P.R. n. 917/86 e successive modifiche ed integrazioni, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (IRPEF) dichiarato dall'Aderente alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Alla data di redazione della presente Nota Informativa, la detrazione spetta per un importo pari al 19% del premio unico corrisposto con un tetto massimo pari a Euro 245,32 (corrispondente ad un'aliquota fiscale del 19% applicata all'importo massimo di Euro 1.291,14).



Tassazione delle somme assicurate

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

13. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia agli articoli 4 e 5 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

14. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

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

15. Riscatto e riduzione

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

16. Revoca della proposta

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

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

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

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

17. Diritto di recesso

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

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

18. Rivalse

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

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

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

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

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



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

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

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

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

20. Legge applicabile al contratto

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

21. Lingua in cui è redatto il contratto

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

22. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente alla prestazione in caso di morte dell'Assicurato devono essere inoltrati per iscritto a:

BCC Vita S.p.A. - Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni – Soc. Coop. - Servizio Reclami di Gruppo - Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

- Tel: +39 02 466275
- Fax: +39 02 21072270
- e-mail reclami@bccvita.bcc.it

Possono essere presentati all'ISVAP (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. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative 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 ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'ISVAP 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 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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP 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/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>)

23. Informativa in corso di contratto

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative la Società rimanda altresì al proprio sito internet www.bccvita.it.

24. Comunicazioni dell'aderente alla Società

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

25. Conflitto di interessi

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

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

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

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

26. Arbitrato

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

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

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

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

Il Rappresentante Legale

Carlo Barbera



NOTA INFORMATIVA

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

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'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 appartenente al Gruppo Banco Desio, con sede legale in Desio (MB-Italia) in Via Rovagnati, 1 – CAP 20832 e Direzione generale in Milano – Via Galileo Galilei, 7 – CAP 20124. Chiara Assicurazioni è stata 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. È iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese di Assicurazione al n.1. 00153.

Altre informazioni relative a Chiara Assicurazioni:

- Numero di telefono +39 026328811
- Numero di fax +39 0262086598
- Sito internet www.chiaraassicurazioni.it
- Indirizzo e-mail infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it
- Partita I.V.A. e C.F. n. 05366510963

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio Netto dell'Impresa ammonta a 12,50 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 9,41 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 3,09 milioni di euro.

L'indice di solvibilità dell'Impresa, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari 1,99.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata contrattuale:

- per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del Contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale, salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del finanziamento l'Assicurato raggiunga i 75 anni d'età (assicurativi). In tal caso la durata della copertura assicurativa sarà pari al numero di anni e mesi interi (eventualmente arrotondati per eccesso) che intercorrono tra la data di decorrenza del contratto e la data di compimento dei 75 anni di età (assicurativi);
- per i mutui in corso, è pari a quella residua, salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del contratto di mutuo l'Assicurato raggiunga i 75 anni di età (assicurativi). In tal caso la durata è calcolata come indicato al punto precedente.

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

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

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



3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

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

- a) Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico)
- b) Perdita d'impiego o disoccupazione** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato)
- c) Ricovero Ospedaliero** (solo qualora l'Assicurato al momento del sinistro sia Non Lavoratore)

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

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

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

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

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

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

A titolo esemplificativo:

Franchigia assoluta

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

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

Franchigia relativa

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



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

Massimale

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

A titolo esemplificativo:

Per singolo sinistro

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

Per durata di assicurazione

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

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

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

AVVERTENZA: è previsto un limite massimo di età assicurabile.

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

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

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

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

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



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

5. Periodi di carenza contrattuali

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

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

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

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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

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

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

7. Premi

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

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

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

VOCE	Età a scadenza dell'Assicurato	
	≤ 70 anni	> 70 anni
	ALIQUOTA DEL PREMIO (IMPONIBILE) DI TARIFFA	
Spese di emissione	Non previste	
Caricamento	45%	35%
Quota percepita dall'intermediario-contraente	30%	20%



ESEMPLIFICAZIONE - CHIARA ASSICURAZIONI

Esempio di commissione percepita dall'Intermediario/Contraente:

Età Assicurato alla stipula	Durata Copertura Danni	Premio Imponibile	Commissione = 30%
30 anni	10 anni	€ 1.500,00	€ 450,00

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

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

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

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

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

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Rivalse

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

10. Diritto di recesso

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

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

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

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

12. Legge applicabile al contratto

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

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

13. Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Tassazione delle somme assicurate

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



C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

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

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

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

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

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

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativamente alle presenti garanzie devono essere inoltrati per iscritto a:

Chiara Assicurazioni S.p.A.
 Controlli e qualità
 Via G. Galilei, 7 - 20124 Milano
 Tel. +39 02 6328 811 Fax. +39 02 62086598
 e-mail segnalazioni@chiaraassicurazioni.it

Possono essere presentati all'ISVAP (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. 206/2005 Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV-bis relative 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 ritenuta non soddisfacente.

I reclami indirizzati all'ISVAP 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 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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP 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/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>)



16. Arbitrato

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

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

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

Si rinvia al sito internet della Compagnia www.chiaraassicurazioni.it 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 Direttore Generale
Rosalba Granieri**

Polizza Protezione Mutuo

GLOSSARIO

(Il presente Glossario è aggiornato alla data del 20/09/2012)

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

Aderente: la persona fisica o giuridica che ha richiesto il mutuo con il Contraente. Con la sottoscrizione del modulo di adesione l'Aderente assume in proprio gli obblighi nascenti dall'assicurazione.

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

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

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

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

Beneficiario: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

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

Per le altre garanzie: l'Assicurato.

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

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

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

Contratto: il contratto di mutuo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sinistro: l'evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Polizza Protezione Mutuo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 31/05/2012)

ART. 1 - OGGETTO DELLE COPERTURE

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

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

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

1.3 Si conviene che:

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

ART. 2 – MASSIMALI ASSICURABILI

- Capitale assicurato

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

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

- Prestazioni in caso di sotto-assicurazione

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

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

- Indennizzo

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

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

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

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

3.1 È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) sia Cliente dell'Intermediario ed abbia stipulato un contratto di mutuo in qualità di intestatario o cointestatario;
- b) sia garante non cointestatario del contratto di mutuo;
- c) abbia aderito alla Polizza sottoscrivendo il Modulo di Adesione;
- d) goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- e) sia di età non inferiore a 18 anni (età anagrafica) né superiore a 69 anni (assicurativi), fermo restando che l'età alla scadenza non può essere mai superiore ai 75 anni (assicurativi).

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

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

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA

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

- per i mutui di nuova concessione, è pari a quella del contratto di mutuo, secondo il piano di ammortamento originale, salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del finanziamento l'Assicurato raggiunga i 75 anni d'età (assicurativi). In tal caso la durata della copertura assicurativa sarà pari al numero di anni e mesi interi (eventualmente arrotondati per eccesso) che intercorrono tra la data di decorrenza del contratto e la data di compimento dei 75 anni di età (assicurativi);
- per i mutui in corso, è pari a quella residua salvo il caso in cui nel corso dell'ammortamento del finanziamento l'Assicurato raggiunga i 75 anni di età (assicurativi). In tal caso la durata della copertura assicurativa sarà pari al numero di anni e mesi interi (eventualmente arrotondati per eccesso) che intercorrono tra la data di decorrenza del contratto di e la data di compimento dei 75 anni di età (assicurativi).

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

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

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

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

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

anni e frazione di anno.

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

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

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

Dove:

R = rimborso

P = Premio Imponibile (comprensivo di costi e provvigioni)

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

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

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

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

- 4.2 L'Assicurazione termina alle ore 24.00 del giorno in cui termina il Contratto ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:
- morte dell'Assicurato;
 - liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso Morte;
 - scadenza dell'assicurazione.
- 4.3 La conclusione della polizza è subordinata alla preventiva sottoscrizione del Modulo di Adesione in tutte le sue parti e a quanto stabilito al successivo art. 5 Modalità assuntive.

ART. 5 – MODALITÀ ASSUNTIVE

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

STATO DI BUONA SALUTE

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

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

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

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

Per capitali assicurati superiori a 250.000,00 (per testa cointestataria ed assicurata) Euro e fino a 500.000,00 Euro (per testa assicurata) o l'importo di uno o più contratti stipulati nell'ultimo quinquennio dall'Assicurato sia superiore a 250.000,00 Euro è prevista la compilazione da parte di un Medico del Rapporto di Visita Medica, analisi delle urine ed altri accertamenti sanitari.

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

In ogni caso se dal questionario sanitario o dagli accertamenti sanitari dovessero emergere patologie di rilievo, BCC Vita si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

- **Tutte le altre garanzie danni** sono subordinate all'accettazione del Modulo di Adesione da parte di Chiara Assicurazioni.

ART. 6 - PAGAMENTO DEL PREMIO

- 6.1 L'Aderente pagherà il Premio relativo della Polizza in unica soluzione al momento del perfezionamento del Contratto.
- 6.2 Ove le Compagnie non accettassero il Modulo di Adesione, le stesse rimborseranno all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la somma ricevuta a titolo di Premio.
- 6.3 Le Compagnie conferiscono al Contraente mandato per l'incasso dei Premi. In conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del Premio effettuato dall'Aderente al Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore delle Compagnie, anche ai fini dell'attivazione della Copertura.

ART. 7 - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

- 7.3 Qualora, in pendenza dell'Assicurazione, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente la Normale Attività Lavorativa, l'Assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata un'Assicurazione corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato.

ART. 8 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- 8.1 In caso di Sinistro, in caso di Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero l'Aderente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alle Compagnie entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.
- 8.2 Ai fini dell'avviso scritto di Sinistro, l'Aderente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono, compilare debitamente l'apposito modulo, reperibile presso la Banca, e inviare lo stesso a:
- ◆ BCC Vita S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano, per l'Assicurazione in caso di **Morte**;
 - ◆ Chiara Assicurazioni S.p.A., Via Galileo Galilei, 7 20124 Milano, per **tutte le altre garanzie**,
- con lettera raccomandata A/R unitamente alla documentazione di cui al successivo Art. 30 per il caso di Morte, al successivo Art. 34 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, al successivo Art. 39 per il caso di Disoccupazione e al successivo Art. 44 per il caso di Ricovero Ospedaliero.
- Si specifica che, in casi eccezionali e di particolare difficoltà valutativa, le Compagnie potranno richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento della pratica di Sinistro.
- 8.3 Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per Inabilità Temporanea Totale o per Disoccupazione e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Aderente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare alla Compagnia il modulo di continuazione del Sinistro, reperibile presso la Banca, con le stesse modalità di cui al precedente punto ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro.
- 8.4 Le Compagnie potranno, in ogni momento, richiedere all'Aderente e/o all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

ART. 9 – MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- 9.1 Per le garanzie Inabilità Temporanea totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero, beneficiario dell'Indennizzo dovuto ai sensi dell'assicurazione è l'Assicurato.
- 9.2 Per la garanzia **Morte** Beneficiari sono gli Eredi legittimi o altra persona designata al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione o che risulterà designata al momento dell'evento..
- 9.3 La Compagnia che presta la specifica Copertura esegue il pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori (al tasso di interesse legale vigente in quel momento) a favore dell'Assicurato o dei Beneficiari.

ART. 10 - ONERI FISCALI

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

ART. 11 - MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 14 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

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

ART. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 16 - COLPA GRAVE, TUMULTI

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

ART. 17 - DIRITTO DI SURROGA

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

ART. 18 - DIRITTO DI REVOCA

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

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

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

ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO

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

ART. 20 – CONTROVERSIE

20.1 Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro dovuto a Infortunio o Malattia e sulla misura dell'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata, su richiesta dell'Assicurato, ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 21 - COMUNICAZIONI

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

ART. 22 - CESSIONE DEI DIRITTI

22.1 L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla Copertura di cui alla presente Polizza.

ART. 23 – PRESCRIZIONE

23.1 I diritti derivati dalla Copertura si prescrivono nel termine di due anni (art. 2952, secondo comma Codice Civile) dalla data in cui possono essere fatti valere.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

ART. 24 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI MORTE

24.1 Nel caso di **Morte** dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art. 25, 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. 25. 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 e di prosecuzione dell'assicurazione, secondo quanto indicato al punto 4.1, il contratto resterà in vigore 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. 27;
- d) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8.

ART. 25 - 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, dai piani di ammortamento comunicati 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 del mutuo inizialmente fissata.

In caso di cointestazione del contratto di mutuo:

- o il Capitale iniziale assicurato per testa è pari alla somma erogata ripartita pro-quota tra i cointestatari.
- o Il Capitale iniziale assicurato pro capite non potrà essere complessivamente superiore all'intero valore del mutuo erogato. Ciascun Beneficiario del suddetto mutuo dovrà sottoscrivere un 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. 4.1 secondo paragrafo.

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 la sola dichiarazione dello Stato di Buona Salute o 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.

25.1 L'Indennizzo per il caso di Morte, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale che 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.

25.2 In caso di Morte dell'Assicurato successiva all'estinzione anticipata del mutuo e se l'Aderente si è avvalso della facoltà di proseguire l'assicurazione per la durata residua ed alle condizioni originariamente pattuite, la Compagnia liquiderà ai Beneficiari 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. 26 - 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.

In caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato, Beneficiario è l'Assicurato stesso.

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. 27 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI MORTE

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

- invalidità, malattie, malformazioni, lesioni dell'Assicurato verificatesi e note all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- suicidio e tentativi di suicidio nel corso dei primi due anni di validità della polizza.

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

ART. 28 – RISCATTO

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

ART. 29 – PRESTITI

In relazione al presente contratto non sono concedibili prestiti

ART. 30 - 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) originale del Modulo di Adesione, delle eventuali appendici contrattuali;
 - 2) 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;
 - 3) certificato di morte dell'Assicurato (in originale);
 - 4) copia integrale della cartella clinica, in caso di decesso avvenuto in ospedale, clinica o casa di cura;
 - 5) relazione medica attestante la causa del decesso in caso di decesso non dovuto ad infortunio e non avvenuto in ospedale o casa di cura;
 - 6) eventuale referto autoptico e necroscopico;
- Nel caso in cui il Sinistro sia imputabile a Morte violenta devono inoltre essere prodotti i seguenti documenti:
- 7) 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;
 - 8) consenso all'utilizzo dei dati personali (D. Lgs N. 196/03) sottoscritto dai Beneficiari;
 - 9) 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);
 - 10) fotocopia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale dei Beneficiari;
 - 11) atto notorio o equipollente dichiarazione sostitutiva, in originale, dell'atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento dell'Assicurato e riporti l'indicazione degli eredi legittimi (se sono i Beneficiari indicati sul contratto);
 - 12) copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace;
 - 13) copia autentica del testamento, se esistente.

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.



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

SEZIONE B

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per mutuo erogato si intende:

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

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

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

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

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

- a) le conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- b) Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui procurato;

- c) Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- d) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo
- f) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- h) Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, inclusi gli stati di stress;
- j) 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;
- k) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- l) le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- m) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

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

ART. 34 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

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

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

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

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

ART. 35 - DENUNCE SUCCESSIVE

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

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

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

ART. 36 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

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

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

ART. 37 - INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

Per mutuo erogato si intende:

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

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

ART. 38 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

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

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

- a) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di Ente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;

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

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

ART. 39 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

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

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

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

ART. 40 - DENUNCE SUCCESSIVE

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

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

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

ART. 41 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

ART. 42 - INDENNIZZO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

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

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

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

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

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

Per mutuo erogato si intende:

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

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

ART. 43 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

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

ART. 44 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

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

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

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

ART 45 - DENUNCE SUCCESSIVE

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

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

TERMINE CONDIZIONI

ALLEGATO 1
MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO
Protezione Mutuo – APMR005

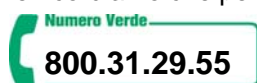
n. polizza	Filiale	Spazio riservato alla Compagnia	
		n. sinistro	

Gentile cliente,

per consentire una più rapida valutazione del danno da Lei subito, La preghiamo di compilare in stampatello il presente modulo di denuncia sinistro e di inviarlo entro sessanta giorni, tramite raccomandata A.R., unitamente alla documentazione richiesta a:

CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A. – Via Galileo Galilei, 7 – 20124 Milano

Le ricordiamo che per eventuali chiarimenti e informazioni, è a sua disposizione il numero verde



operativo dal lunedì al venerdì dalle h. 8:30 alle h. 13:30 e dalle h. 14:30 alle h. 17:30.

La informiamo, inoltre, che per consentire di esaminare la Sua denuncia dovrà sottoscrivere il Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili a Lei relativi – Sezione 6. “Decreto Legislativo 196/2003 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili”.

Istruzioni generali per la compilazione:

1. Nel caso di una nuova denuncia di sinistro:

- Compilare tutte le sezioni del modulo relative alla tipologia di sinistro da denunciare.
- Accertarsi che il proprio medico o datore di lavoro compilino il questionario in grafia leggibile.
- Allegare fotocopia della carta d'identità o altro documento valido attestante la data di nascita.
- Allegare copia del contratto di finanziamento
- Allegare copia del Modulo di Adesione alla polizza assicurativa
- Allegare ogni ulteriore documentazione utile alla valutazione del sinistro oltre a quanto di seguito richiesto:
 - Inabilità Temporanea Totale: allegare attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es. Certificato di attribuzione Partita IVA) o di Dipendente di un Ente Pubblico al momento del sinistro; certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; fotocopia del certificato INPS di Inabilità Temporanea (copia di pertinenza INPS) rilasciato dal proprio medico o del certificato INAIL se infortunio sul posto di lavoro.



- **Ricovero Ospedaliero:** allegare attestato che certifichi la condizione di Non Lavoratore o copia del contratto di lavoro che certifichi che l'Assicurato al momento del sinistro sia Dipendente di Ente Privato con anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi, certificato medico di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.
- **Disoccupazione:** allegare una fotocopia della scheda professionale e del contratto di lavoro; copia della lettera di licenziamento; copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici, con status di disoccupato in Italia, presso il Centro per l'Impiego competente, o l'inserimento nelle liste di Mobilità, e l'eventuale permanenza in tali liste; attestazione del pagamento di eventuali indennità di disoccupazione.

2. Per la continuazione di un sinistro richiedere un nuovo modulo di denuncia:

- Inabilità Temporanea Totale, Disoccupazione e Ricovero Ospedaliero: compilare solamente la sezione 1, la sezione 3 (Lavoratori Autonomi), la sezione 4 (Lavoratori Dipendenti) e la sezione 5. Allegare i documenti comprovanti la continuazione del sinistro (es. fotocopia del certificato medico, INPS/INAIL, di Inabilità Temporanea, fotocopia della scheda professionale e certificato iscrizione elenchi anagrafici - ex Liste di Collocamento ed equivalenti - con lo status di disoccupato, attestato pagamento indennità di disoccupazione, certificati di Ricovero Ospedaliero, ecc.).
 - Allegare ogni ulteriore documento che Le potrà essere richiesto dalla Compagnia.

Dichiarazione dell'avente causa (se il modulo non può essere compilato dall'Assicurato)

Io Sottoscritto/a in qualità di
 della persona assicurata, impossibilitata a compilare il presente modulo a causa di

.....dichiaro di aver compilato la presente denuncia di sinistro.

Domicilio

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

Telefono..... Fax..... E-mail.....

Data Firma.....

Sezione 1. Dati dell'Assicurato

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

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

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

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

La presente denuncia si riferisce al sinistro avvenuto il/...../....., a seguito di:

- Disoccupazione Inabilità Totale Temporanea Ricovero Ospedaliero



La denuncia viene presentata per il periodo dal/...../..... al/...../.....

Professione

Lavorava ininterrottamente dal/...../.....

Nel caso non svolga alcuna attività lavorativa, indichi il suo stato:

Da quando Lei risulta non svolgere alcuna attività lavorativa ?/...../.....

Luogo e Data

Firma dell'Assicurato

Sezione 2. Caratteristiche del contratto di mutuo

Ente Finanziario N° Contratto

Durata finanziamento: dal/...../..... al/...../.....

Importo finanziato in Euro

Importo rata in corso in Euro

Importo rata originaria in Euro

Data ultima rata pagata/...../.....

Frequenza pagamento rata: Mensile Trimestrale Altro

Sezione 3. Da compilarsi per i Lavoratori Autonomi

Tipo di attività

Ragione Sociale.....

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

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

P.Iva Data inizio attività/...../.....

Durante la Sua assenza, l'attività è proseguita regolarmente ? Sì No

Se sì, specificare le modalità

.....

Sezione 4. Da compilarsi a cura del datore di lavoro (Lavoratori Dipendenti)

Data di assunzione/...../.....

Assenza a causa di infortunio o malattia: dal/...../..... al/...../..... Se

Disoccupazione, data di cessazione del rapporto:/...../.....

a causa di



Data in cui l'Azienda ha comunicato al lavoratore il licenziamento o la Mobilità/...../.....

Qualifica e mansioni ricoperte Ore lavorative settimanali

Contratto a tempo: Indeterminato Determinato

Altro (tipo contratto scadenza/...../.....)

Ragione Sociale Azienda

Indirizzo.....

Attività Azienda

Telefono..... Fax..... E-mail.....

Luogo e Data

Firma del Titolare

Timbro dell'Azienda

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

Generalità del paziente.....

Data di nascita/...../..... N° tessera del Servizio Sanitario Nazionale

Da quanto tempo l'Assicurato è registrato negli elenchi dei suoi pazienti?

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Infortunio o Malattia? Sì No

Se sì, quando e per quali motivi?

.

Data di inizio della Malattia o di accadimento dell'Infortunio:/...../..... oppure,

data del Decesso:/...../.....

Data della Diagnosi della Malattia o dell'Infortunio/...../.....

Diagnosi e Prognosi della Malattia o Infortunio:

.....

Nel caso di Infortunio specificare la causa:

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?

.....

.

Quando?/...../.....

Il paziente ha in precedenza consultato Lei o altri medici per i medesimi sintomi o condizioni? Sì No

La Malattia / Infortunio dell'Assicurato deriva da malattie, malformazioni, stati patologici o lesioni pre-esistenti? Sì No

Se sì, La preghiamo di dettagliare quanto segue:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO	DURATA MALATTIA / INFORTUNIO

Da quando il paziente non può attendere nemmeno in parte alla normale attività lavorativa?

...../...../.....

Secondo la Sua diagnosi, la Malattia o l'Infortunio del paziente è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti

estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì No

Se sì, La preghiamo di specificare:

Ha Lei raccomandato l'intervento di uno specialista? Sì No

Se sì, La preghiamo di indicarci il nominativo e relativo recapito postale e telefonico dello studio da Lei raccomandato:

Se è stato necessario il ricovero del paziente, La preghiamo di indicarci l'Ospedale e il medico che l'ha seguito:

.....
.....

Il paziente è stato ricoverato dal/...../..... al/...../.....

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa ? Sì No

Se sì, da quando il paziente sarà in grado di riprendere la sua attività lavorativa?/...../.....

Il sottoscritto Dott. certifica che le informazioni fornite corrispondono al vero.

Indirizzo dello studio

Telefono Fax.....

Luogo e Data

Firma del Medico

Timbro del Medico

Sezione 5. Dichiarazione dell'Assicurato o dell'Avente Causa

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

Inoltre, in caso di sinistro per Disoccupazione o Inabilità Totale Temporanea, dichiaro di non aver svolto alcuna attività lavorativa retribuita nel periodo cui si riferisce la presente denuncia.

Data

Firma.....



Sezione 6. Decreto Legislativo 196/2003 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Io sottoscritto/a,,
Assicurato o Avente Causa, dichiaro di essere informato del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del modulo prestampato sono necessari al solo ed unico fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che il rifiuto di fornire i dati di cui sopra, o di autorizzarne il trattamento e la trasmissione, implica l'impossibilità di procedere alla gestione e liquidazione del sinistro.

Sono altresì informato del fatto che rimangono per il resto invariate tutte le altre indicazioni contenute nella citata informativa ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile e a i diritti a me riconosciuti ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Data

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

Do il consenso.....

Nego il consenso.....

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO – caso morte

Protezione Mutuo – APMR005

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

n. polizza	Assicurato	Agenzia BCC Roma

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

BENEFICIARIO	FIRMA	IBAN

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

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

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

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

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

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

Luogo e Data

Timbro e Firma della BCC di Roma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, le Compagnie devono disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti ⁽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, 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 ⁽⁴⁾ 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 ⁽⁵⁾, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Modalità di uso dei dati personali

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

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

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa ⁽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 rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso BCC Vita S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 20143 Milano, tel. 02 466275, fax 02 89078949, e-mail: Info@bccvita.bcc.it ⁽¹¹⁾.
- Per l'esercizio dei Suoi diritti, relativamente a tutte le altre prestazioni, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso CHIARA ASSICURAZIONI S.p.A. – Sede Operativa e Direzione Generale Via Galileo Galilei, 7 20124 Milano - tel. 02 632881, fax 02 62086598, e-mail: infochiaraassicurazioni@chiaraassicurazioni.it ⁽¹¹⁾.

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⁾ 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.

⁽⁵⁾ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

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

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

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

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

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

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

Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche, CIAA; Concordato Cauzione Credito 1994; ULAV - Unione Latina Assicurazione Valori; Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici; Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento; Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l.; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste; ANADI - Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto; SIC - Sindacato Italiano Corpi; Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma); nonché altri soggetti, quali: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi; 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.

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

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

⁽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.

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

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

N. «NUMERO_POLIZZA»

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

Prestazioni

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

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

Dichiarazioni dell'Aderente

INFORMATIVE PRECONTRATTUALI E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Luogo

Data

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

APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

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

Luogo

Data

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

Dichiarazioni dell'Assicurato – Assumibilità**DICHIARAZIONE STATO DI BUONA SALUTE (DBS)**

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

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

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

Luogo:

Data:

Firma Assicurato

QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

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

Luogo:

Data:

Firma Assicurato

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

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

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

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

Luogo:

Data:

Firma Assicurato

AVVERTENZE:

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

Luogo:

Data:

Firma Assicurato

Diritti dell'Aderente

REVOCA

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

RECESSO

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

Autorizzazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

MODALITÀ DI ADDEBITO

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

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

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

Spazio Riservato all'Incaricato della Banca

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

Luogo Data Firma dell'Incaricato della Banca

BCC Vita S.p.A.
Carlo Barbera



CHIARA Assicurazioni S.p.A.
Rosalba Granieri



«LUOGO»,

il «DATA_EMISSIONE»

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