



BIPIEMME ASSICURAZIONI

Contratto di Assicurazione

Credit Protection a premio unico di tipo collettivo e facoltativo
abbinato ai mutui privati erogati/surrogati/accolti dagli Istituti
appartenenti al Gruppo Bipiemme

**Per i casi di: Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia - Ricovero Ospedaliero - Inabilità
Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia –
Perdita Involontaria d’Impiego – Malattia Grave**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Fac-simili Moduli di Adesione**

**deve essere consegnato all’Aderente prima della sottoscrizione
del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Mod. 4943 Edizione 01/2014

CPI MUTUI PRIVATI

FASCICOLO INFORMATIVO

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. a socio unico - Sede legale 20121 Milano - Via del Lauro, 1 - Capitale sociale Euro 19.000.000,00 int.vers.

Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 07122890960

Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Provv. ISVAP n. 2860 del 22.12.2010, n. 2964 del 22.02.2012 e n. 3023 del 19.11.2012

Iscritta alla Sez. I dell’Albo Imprese presso l’IVASS al n. 1.00177

Società appartenente al Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045

Direzione e coordinamento Bipiemme Vita S.p.A.



NOTA INFORMATIVA

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010)

POLIZZA COLLETTIVA CPI MUTUI PRIVATI n°10000000173

Copertura assicurativa Credit Protection a premio unico abbinata a mutui privati erogati dagli Istituti del Gruppo Bipiemme.

Coperture Danni: Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia – Ricovero Ospedaliero – Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia – Perdita Involontaria d'Impiego – Malattia Grave.

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

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

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE, SU COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) INFORMAZIONI GENERALI

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita anche la "Compagnia"), società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il n. 045, a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia.

Telefono (+39) 02 72235.081 - Fax (+39) 02 72235.080 - Sito internet www.bpmassicurazioni.it - Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it.

2) INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31/12/2012, il Patrimonio Netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 19.287.634,00, di cui il capitale sociale ammonta a € 19.000.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 5.350.123,00. L'indice di solvibilità - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente – è pari al 194,97%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE, SU COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

AVVERTENZE:

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'art. 5 - "Decorrenza e durata della copertura assicurativa" - delle Condizioni di Assicurazione.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Con la presente Polizza Collettiva la Compagnia si impegna, nel periodo di efficacia della Copertura Assicurativa, in relazione agli Assicurati che hanno aderito alla polizza, a riconoscere in caso di sinistro, una prestazione a favore dell'avente diritto, pari al Debito Residuo o alla Rata Mensile del Mutuo, come risultano dal **Piano di Ammortamento Originario** del Mutuo, nei limiti e alle modalità previste e disciplinate dalle Condizioni di Assicurazione.

3.1 Descrizione Sintetica delle Coperture Assicurative offerte:

- A. Prestazioni in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia** (valida per tutti gli Assicurati);
- B. Prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero** (valida per tutti gli Assicurati);
- C. Prestazioni in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi);
- D. Prestazioni in caso di Perdita Involontaria d'Impiego** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati);
- E. Prestazioni in caso di Malattia Grave** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori).

Le Coperture Assicurative di cui alle lettere C), D) ed E) operano alternativamente in funzione dello stato lavorativo o posizione professionale dell'Assicurato al momento del sinistro.

AVVERTENZE:

Si evidenzia che le Condizioni di Assicurazione prevedono ipotesi al ricorrere delle quali le Coperture Assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurando sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

- *art. 44 - "Esclusioni", che disciplina specifiche limitazioni all'operatività delle Coperture Assicurative;*
- *art. 2 - "Capitale Assicurato e Massimali", che disciplina i Massimali previsti in relazione alla Copertura Assicurativa (vale a dire la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le relative garanzie);*
 - *artt. 31, 35 e 40 - "Franchigia" - che regolamentano il periodo di Franchigia applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e Perdita Involontaria d'Impiego (vale a dire il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile, l'Assicurato non ha diritto ad alcun indennizzo);*
 - *artt. 32, 36, 39 e 43 - "Carenza" - che regolamentano il periodo di Carenza applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave (vale a dire il periodo di tempo*

immediatamente successivo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale le garanzie non sono operative);

- **artt. 33, 37 e 41 - “Denunce successive” - che regolamentano il periodo di riqualificazione applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e Perdita Involontaria d’Impiego (vale a dire l’intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un sinistro e quello successivo ai fini dell’indennizzabilità di quest’ultimo);**
- **art. 6 - “Limiti Assuntivi” - che regola i requisiti degli Assicurandi per accedere alla Copertura Assicurativa.**

Si richiama l’attenzione dell’Assicurando sulla necessità di leggere le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Le prestazioni assicurative sono qui di seguito sinteticamente illustrate:

A. PRESTAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (valida per tutti gli Assicurati)

La Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari al Debito Residuo alla data del Sinistro nel caso in cui l’Assicurato subisca un Infortunio o contragga una Malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi un’Invalidità Totale Permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, **di grado pari o superiore al 60% della totale. Per data del Sinistro si intende la data di diagnosi della Malattia o la data dell’Infortunio che hanno generato l’invalidità indennizzabile.**

La valutazione dell’Invalidità Totale Permanente verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra 6 e 18 mesi dalla data del Sinistro. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL e successive modificazioni ed integrazioni).

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall’Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia corrisponderà una prestazione pari all’ammontare del Debito Residuo moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l’Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari).

L’indennizzo non potrà superare l’importo di € 350.000,00 per Sinistro e per Assicurato, salvo quanto previsto al successivo punto 3.2.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura dell’Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all’Art. 44 delle Condizioni stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l’Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, scoperti e Franchigie:

Importo del Mutuo € 100.000,00

N° intestatari del Mutuo/Assicurati: 1

Debito Residuo alla data dell’evento che ha determinato l’invalidità € 50.000,00

Postumi da invalidità permanente valutati pari al 60%	Liquidato indennizzo di € 50.000,00
Postumi da invalidità permanente valutati pari al 50%	Nessun indennizzo liquidato

B. PRESTAZIONE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO (valida per tutti gli Assicurati)

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di Ricovero Ospedaliero, dovuto a Infortunio o Malattia (reso necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali) la Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari all'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza così come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, **trascorsi 7 giorni di Franchigia, con i seguenti limiti massimi:**

- a) € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) € 1.500,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Gli indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero con i limiti massimi di cui sopra.

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura degli Artt. 30, 31, 32, e 33 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all'Art. 44 - "Esclusioni" delle Condizioni stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

La Compagnia liquiderà:

- a) un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione prevista dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e dalla garanzia Malattia Grave.

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia o nel periodo di indennizzo successivo alla data di diagnosi per la garanzia Malattia Grave o se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Inabilità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

La Copertura Assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero è sottoposta:

- **ad un periodo di Carenza iniziale di 60 giorni solo in seguito a Malattia;**
- **ad un periodo di Franchigia di 7 giorni.**

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, scoperti e Franchigie:

Ricovero Ospedaliero pari a 6 giorni	Nessun indennizzo liquidato perché il Sinistro è in Franchigia.
Ricovero Ospedaliero pari a 12 giorni e successivo ai 60 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*	Indennizzo pari a 1 rata come da Piano di Ammortamento Originario, con i limiti: <ul style="list-style-type: none"> • di € 2.000,00 qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo; • di € 1.500,00 qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
Ricovero Ospedaliero pari a 15 mesi e successivo ai 60 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*	Indennizzo come da Piano di Ammortamento Originario: <ul style="list-style-type: none"> • pari a 12 rate con il limite di € 2.000,00 per rata qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo; • pari a 10 rate come da Piano di Ammortamento Originario con il limite di € 1.500,00 per rata, qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
Ricovero Ospedaliero avvenuto nei primi 60 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*	Nessun indennizzo in quanto il Sinistro si è verificato nel periodo di Carenza della Copertura Assicurativa.

*Si precisa che :

- in caso di Ricovero Ospedaliero dovuto ad Infortunio, la Compagnia non applica i 60 giorni di Carenza;

- qualora il Ricovero Ospedaliero da Malattia avvenga in un periodo successivo alla Carenza e la diagnosi della Malattia rientra nei primi 60 giorni di vigenza del contratto il Sinistro non è comunque indennizzabile.

C. PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo agli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi)

La Compagnia in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, liquiderà una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal Piano di Ammortamento Originario e che hanno scadenza, **trascorsi 30 giorni di Franchigia**, durante il restante periodo dell'inabilità stessa, con i seguenti limiti massimi:

- a) € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) € 1.500,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra**.

La prestazione di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Ricovero Ospedaliero o se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia. In caso di Infortunio o Malattia dal quale derivi Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia verrà liquidata trascorsi 30 giorni di Franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

La Compagnia liquiderà:

- a) un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni Sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura degli Artt. 34, 35, 36 e 37 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all'Art. 44 - "Esclusioni" delle Condizioni stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia è sottoposta:

- ad un periodo di Carenza iniziale di 30 giorni solo in seguito a Malattia;
- ad un periodo di Franchigia di 30 giorni.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, scoperti e Franchigie:

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia pari a 24 giorni	Nessun indennizzo perché il Sinistro è in Franchigia (30 giorni).
Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia	Se la rata è in scadenza tra il 31° e il 34° giorno di Inabilità certificata, liquidazione di una rata di importo

<p>pari a 34 giorni e successiva al periodo di 30 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*</p>	<p>come da Piano di Ammortamento Originario con i limiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di € 2.000,00 qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta all'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo; • di € 1.500,00 qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo. <p>Se la rata è in scadenza successivamente al 34° giorno di inabilità certificata nessun indennizzo.</p>
<p>Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia pari a 15 mesi e successiva al periodo di 30 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*</p>	<p>Indennizzo come da Piano di Ammortamento Originario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pari a 12 rate con il limite di € 2.000,00 per rata qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo; • pari a 10 rate come da Piano di Ammortamento Originario con il limite di € 1.500,00 per rata, qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
<p>Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia insorta nei primi 30 giorni (Carenza) dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa*</p>	<p>Nessun indennizzo liquidato</p>

*Si precisa che :

- in caso di inabilità dovuta ad Infortunio, la Compagnia non applica i 30 giorni di Carenza;

- qualora l'inabilità avvenga in un periodo successivo alla Carenza e la diagnosi della Malattia rientri nei primi 30 giorni di vigenza del contratto, il Sinistro non è comunque indennizzabile.

D. PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati)

In caso di Perdita Involontaria d'Impiego, la Compagnia liquiderà mensilmente, una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal Piano di Ammortamento Originario e che hanno scadenza, trascorsi **30 giorni di Franchigia**, durante il restante periodo della disoccupazione stessa, con il **limite**

massimo di:

- a) € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) € 1.200,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

La Compagnia liquiderà:

- a) un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni Sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura degli Artt. 38, 39, 40 e 41 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all'Art. 44 – "Esclusioni" delle Condizioni stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta:

- ad un periodo di Carenza iniziale di:
 - a) 60 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
 - b) 180 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
- ad un periodo di Franchigia di 30 giorni.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, scoperti e Franchigie:

Perdita d'Impiego per chiusura dell'azienda e successiva al periodo di Carenza dalla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa	Liquidazione delle rate mensili, nel perdurare dello stato di disoccupazione, fino ad un massimo di <ul style="list-style-type: none">• 12 rate come da Piano di Ammortamento Originario e scadenti dopo il 30° giorno di Franchigia, con il limite di € 2.000,00 per rata
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indennizzo pari a 10 rate come da Piano di Ammortamento Originario e scadenti dopo il 30° giorno di Franchigia, con il limite di € 1.200,00 per rata, qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
Perdita d'Impiego per dimissioni del dipendente	Nessun indennizzo liquidato.
Perdita d'Impiego durante il periodo di Carenza	Nessun indennizzo liquidato.

Tale garanzia è prestata con il limite massimo di 10 anni dalla data di attivazione della Copertura Assicurativa (come prevista all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione).

E. PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non lavoratori)

La Compagnia, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, così come definita all'Art. 42 delle Condizioni di Assicurazione, corrisponde, in un'unica soluzione, un indennizzo pari a:

- 12 rate mensili** risultanti dal Piano di Ammortamento Originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 2.000,00 per singola rata mensile **qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- 10 rate mensili** risultanti dal Piano di Ammortamento Originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 1.200,00 per singola rata mensile, **qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

La rata prevista dal Piano di Ammortamento Originario al momento della citata diagnosi (comprensiva di capitale e interessi) sarà utilizzata per il calcolo dell'indennizzo. **Qualora la durata residua del Piano di Ammortamento Originario fosse inferiore al numero di rate mensili da liquidare, l'importo liquidato sarà pari a tante rate quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.**

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente

da Infortunio e Malattia.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura degli Artt. 42 e 43 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all'Art. 44 - "Esclusioni" delle Condizioni stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un periodo di Carenza iniziale:

- a) di 30 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;
- b) di 180 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, scoperti e Franchigie:

Diagnosi di Malattia Grave successiva al periodo di Carenza	Rata mensile come da Piano di Ammortamento Originario in scadenza successivamente alla data di diagnosi della Malattia Grave es. pari a € 1.000,00. Liquidazione di un indennizzo pari a <ul style="list-style-type: none">• € 12.000,00 (12 rate da € 1.000,00) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;• € 10.000,00 (10 rate da € 1.000,00) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.
Diagnosi di Malattia durante il periodo di Carenza	Nessun indennizzo liquidato.

3.2 Capitale Assicurato e Massimali

- a) Per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, il **capitale massimo assicurabile per ciascun Assicurato è pari a € 350.000,00. Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad € 500.000,00;**
- b) **qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo:**
 1. **la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a € 2.000,00 per rata mensile;**
 2. **la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 12 rate mensili per sinistro e un massimo di 24 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 12 rate**

mensili.

c) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo:

1. la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia è pari a € 1.500,00 per rata mensile. Per le garanzie Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari € 1.200,00 per rata mensile;
2. la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 10 rate mensili per sinistro e un massimo di 20 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 10 rate mensili.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari del Mutuo, la prestazione liquidata in caso di Sinistro, sarà pari:

- al debito residuo del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia;
- alla rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.

3.3 Durata, Decorrenza e Termine della Copertura Assicurativa

La durata delle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e Malattia Grave è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di Decorrenza della Copertura Assicurativa e quella di scadenza del rapporto di Mutuo quale prevista dal Piano di Ammortamento Originario e non può comunque essere superiore a 30 anni.

La durata della garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di Decorrenza della Copertura Assicurativa e coincide con la durata prevista dal Piano di Ammortamento Originario con un massimo di 10 anni.

La Copertura Assicurativa decorre, a condizione che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto:

- a) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente all'erogazione/surroga del Mutuo, dalle ore 00.00 della data di erogazione/surroga del Mutuo;
- b) nel caso in cui l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in un momento diverso rispetto alla stipula precedente all'erogazione o alla surroga del Mutuo, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso di vendita a distanza, dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio; farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Assicurato.

In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza della copertura assicurativa, dovrà essere pervenuto all'Istituto il Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato.

La Copertura Assicurativa ha comunque termine:

- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia dell'Assicurato;
- alla scadenza del Piano di Ammortamento Originario;
- per esercizio del diritto di recesso;

- in caso di anticipata estinzione, Surroga passiva, Accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Assicurato/Accollato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Mutuo).

Ove, con riferimento a un medesimo contratto di Mutuo, vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi della Copertura Assicurativa non pregiudica la continuazione delle garanzie a favore degli altri.

In caso di modifica della durata del Mutuo ovvero di Mutui a durata variabile, la durata massima delle garanzie sarà comunque pari alla durata del Mutuo stabilita nel Piano di Ammortamento Originario, fatto salvo il limite massimo di durata di 10 anni previsto per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.

3.4 Limiti assuntivi

L'Assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Copertura Assicurativa mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

AVVERTENZE:

Al momento della decorrenza della copertura, come prevista all'art. 5, delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato dovrà avere una età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti. Non potranno essere assicurati coloro il cui Mutuo scade successivamente al 31 dicembre dell'anno del 75° compleanno di età.

L'Adesione alla Copertura Assicurativa può avvenire oltre il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo a condizione che la durata residua del Mutuo sia superiore ad anni 10.

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato sarà pari ad € 350.000,00. Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad € 500.000,00.

All'atto dell'Adesione alla Polizza Collettiva, l'Assicurando dovrà trovarsi nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

- godere di un buono stato di salute;
- non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;
- non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie.

Ai fini della validità della Copertura Assicurativa, l'Assicurando è tenuto a sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute presente nel Modulo di Adesione, assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e informazioni rilasciate, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del codice civile.

In caso di cointestazione del Contratto di Mutuo come previsto all'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione tutti gli intestatari dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione alla Copertura Assicurativa. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia i requisiti di assicurabilità, previsti al presente articolo, nessuno potrà aderire alla Copertura Assicurativa.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le AVVERTENZE contenute nel Modulo di Adesione relativamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

4) Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanza del rischio

AVVERTENZE:

Ai fini della stipula della Copertura Assicurativa l'Assicurando deve fornire dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. La mancata osservanza di tale obbligo può comportare gravi conseguenze e compromettere il diritto alla prestazione.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle dichiarazioni sul proprio stato di salute.

5) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il presente contratto non prevede casi di aggravamento e diminuzione del rischio.

Il cambiamento di professione non concorre alla modifica dell'entità del rischio e, pertanto, non deve essere comunicato alla Compagnia; l'eventuale modifica verrà considerata al momento del Sinistro ai fini della determinazione delle garanzie applicabili.

Ad esempio, qualora l'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto sia Lavoratore Autonomo e, durante il periodo di Copertura Assicurativa, diventi Lavoratore Dipendente, automaticamente perderà il diritto all'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia acquisendo quello per la Perdita Involontaria d'Impiego.

6) Premi

I costi effettivamente sostenuti dall'Assicurato sono rappresentati dal Premio – calcolato in conformità a quanto di seguito indicato.

Le Coperture Assicurative vengono prestate dietro pagamento in via anticipata di un Premio unico calcolato moltiplicando il Tasso Lordo per il Capitale Assicurato. **Il Tasso Lordo, comprensivo di imposte di assicurazione (2,50%) è pari a 1,80%.**

Il Premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, **viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto o detratto dall'importo del Mutuo.** Il Premio sarà corrisposto alla Compagnia tramite gli Istituti.

L'importo del premio non varia in funzione dell'età e del sesso dell'Assicurato.

Per i dettagli si rimanda all'Art. 9 - "Pagamento del Premio" delle Condizioni di Assicurazione.

Un'illustrazione dettagliata dei costi a carico dell'Assicurato – unitamente all'indicazione degli importi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto, nonché la quota parte riconosciuta agli Istituti in qualità di intermediari – è riportata al successivo paragrafo 6.1 "Costi gravanti sul Premio" della presente Nota Informativa attraverso apposite tabelle esemplificative.

6.1 Costi gravanti sul Premio

Spese di emissione: l'emissione del presente Contratto non è gravata da alcuna spesa di emissione.

Costo percentuale: il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del contratto di assicurazione, già incluso nel tasso di Premio, è pari alla seguente percentuale:

Costo %
53,00%

Il costo è calcolato sul Premio unico versato al netto delle imposte.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dagli Istituti intermediari:

Quota parte percepita dagli Istituti

intermediari
81,13%

A titolo esemplificativo per un Capitale Assicurato di € 100.000,00 e a fronte di un Premio Unico di € 1.800,00 al lordo delle imposte (€ 1.756,10 al netto imposte), i costi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a € 930,73 di cui € 755,12 rappresentano l'importo percepito dagli Istituti Intermediari.

6.2 Estinzione anticipata, Accollo, Surroga passiva del Contratto di Mutuo

AVVERTENZE:

Si precisa che in caso di estinzione anticipata del Contratto di Mutuo, qualora non risultino Sinistri, l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza prevista dal Piano di Ammortamento Originario.

In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere il mantenimento della Copertura Assicurativa fino alla scadenza del Piano di Ammortamento Originario.

In tale caso, le prestazioni saranno quantificate e liquidate sulla base del Piano di Ammortamento Originario.

Per i dettagli si rinvia all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

7) Rivalse

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato, al diritto di rivalsa, **così come specificato all'Art.16 delle Condizioni di Assicurazione.**

8) Diritto di recesso

AVVERTENZE:

L'Assicurato può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

Il rimborso dovuto dalla Compagnia sarà calcolato e versato in conformità **a quanto previsto dall'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione.**

9) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fondano (art. 2952 del codice civile).

10) Legge applicabile al contratto

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11) Regime fiscale

Imposte ed oneri fiscali

I Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Tassazione delle somme assicurate

Le prestazioni corrisposte sono esenti da IRPEF (art. 34 del D.P.R. n. 601/73) e dall'imposta sostitutiva sulla differenza fra la somma dovuta e l'ammontare del Premio pagato (art. 6 del D.P.R. n. 917/86 "Nuovo T.U.I.R.").

Detrazione fiscale dei Premi

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di Decesso o di Invalidità Permanente superiore al 5%, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'Imposta sul Reddito IRPEF dichiarato dall'Assicurato alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Alla data di redazione della presente Nota Informativa è facoltà dell'Assicurato detrarre dalla suddetta imposta un importo pari al 19% dei premi versati per l'assicurazione di cui sopra sino a € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta. Per i percettori di redditi da lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12) Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZE:

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa e/o dalla Banca alla Compagnia, entro 15 giorni dalla data del Sinistro stesso o dal momento in cui ne siano venuti a conoscenza, componendo i seguenti numeri di telefono:

Numero Verde 800.055.177 (per Italia),

Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Assicurato dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R il Modulo di Denuncia Sinistro – consegnato unitamente al presente Fascicolo Informativo – al seguente indirizzo:

Bipiemme Assicurazioni

c/o BLUE ASSISTANCE

C.so Svizzera, 185

10149 – TORINO

Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto all'Art.13 delle Condizioni di Assicurazione.

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento e la stima del danno. La Compagnia avrà la facoltà di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui sia necessario valutare l'applicabilità delle Coperture Assicurative al fine di erogare l'eventuale Indennizzo.

La Compagnia esegue il pagamento delle somme da essa dovute entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla presenza del termine di prescrizione di 2 anni dal verificarsi del Sinistro per ottenere il pagamento delle prestazioni assicurate. Decorso inutilmente tale termine di prescrizione le somme non potranno essere liquidate.

13) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore – Sezione Tutela degli Assicurati, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

Il reclamo – da inviarsi direttamente all'IVASS al recapito sopra indicato – deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi: il nome, cognome e domicilio del reclamante; l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato; la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa. Al reclamo trasmesso all'IVASS dovrà essere allegata copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

In caso di divergenze sul diritto all'Indennizzo, di controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità, l'Assicurato e la Compagnia potranno – di comune accordo – demandare la questione ad un collegio di tre medici, **in conformità a quanto previsto dall'Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione.**

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

14) Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie

Le divergenze sul diritto all'Indennizzo e le controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità possono essere demandate, su concorde volontà delle parti ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo dovrà essere prescelto tra gli specializzati in Medicina Legale e delle Assicurazioni, dal Presidente dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio dei medici si riunirà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

AVVERTENZE:

In ogni caso, resta salva la facoltà di rivolgersi in alternativa all'Autorità giudiziaria.

Qualora una delle parti del presente contratto intenda agire in giudizio per una controversia avente ad oggetto gli obblighi contrattuali dovrà preliminarmente esperire la procedura di mediazione obbligatoria prevista dal D. Lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal caso, la richiesta di mediazione, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia, dovrà essere fatta pervenire alla sede legale di Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Servizio Legale e Societario, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@bpmassicurazioni.it ovvero a mezzo fax al n. 02. 859644.40.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

15) Modalità di perfezionamento del contratto ed efficacia della Copertura Assicurativa

L'efficacia delle Coperture Assicurative è in ogni caso subordinata all'acquisizione da parte della Compagnia delle informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, rilasciate dallo stesso mediante la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, presente nel Modulo di Adesione.

16) Promozione a distanza delle Coperture Assicurative

Nel caso di promozione e collocamento della Copertura Assicurativa mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurando, prima di essere vincolato da un contratto, deve essere informato:

- a) del diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) del diritto di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della predetta documentazione su supporto cartaceo;
- c) della circostanza che per la sottoscrizione e la ritrasmissione del contratto firmato, inviato dall'impresa stessa all'Assicurato, potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività del Call Center

In caso di necessità il Contraente potrà chiedere di essere messo in contatto con il Responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal Call Center, inviando un'email all'indirizzo info@bpmassicurazioni.it.

17) Revoca dell'Adesione (solo in caso di Adesione all'erogazione/surroga del Mutuo) e Diritto di Ripensamento (solo in caso di contratto stipulato a distanza)

L'Assicurando ha il diritto di revocare la propria Adesione fino al giorno in cui il Mutuo non sia stato erogato/surrogato.

L'Assicurando deve chiedere per iscritto la revoca dell'Adesione all'Agenzia/ Filiale degli Istituti.

In caso di contratto stipulato a distanza, l'Assicurato, entro 14 giorni dalla Decorrenza della Copertura Assicurativa, ha diritto di recedere dalla Copertura Assicurativa e di ricevere in restituzione il Premio pagato, al netto dei costi sostenuti dalla Compagnia e degli oneri fiscali che per legge restano a carico dell'Assicurato, **così come previsto all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.**

18) Lingua utilizzabile

La polizza viene redatta in lingua italiana.

19) Informazioni relative alla Compagnia

La Compagnia comunicherà tempestivamente per iscritto all'Assicurato qualunque modifica dovesse intervenire nel corso della durata contrattuale con riferimento alla propria denominazione sociale, forma giuridica ed indirizzo, informando contestualmente la Contraente.

20) Conflitto di interessi

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che Bipiemme Assicurazioni S.p.A., è controllata al 100% da Bipiemme Vita S.p.A., a sua volta partecipata al 19% dalla Banca Popolare di Milano S.c.a r.l., capogruppo del Gruppo Bipiemme.

Le Società del Gruppo Bipiemme hanno pertanto, seppur indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto in virtù del suddetto rapporto partecipativo.

Inoltre, esistono situazioni di conflitto di interessi dovute al fatto che gli Istituti percepiscono, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte dei costi che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. trattiene dal Premio versato dall'Assicurato.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. opera in ogni caso in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

21) INFORMAZIONI SULL'AREA RISERVATA DEL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA

Il Contraente può accedere, gratuitamente e da qualsiasi postazione internet, a un'apposita Area Riservata del sito internet della Compagnia all'interno della quale sarà possibile consultare alcune informazioni concernenti la propria posizione assicurativa, tra cui:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- lo stato dei pagamenti dei premi.

Il Contraente può accedere all'Area Riservata direttamente dalla home page del sito internet www.bpmassicurazioni.it dove in un'apposita sezione può registrarsi inserendo il codice fiscale, un numero di polizza attiva, un indirizzo e-mail di riferimento, una username ed esprimendo il consenso al trattamento dei dati e all'eventuale attivazione dei messaggi pubblicitari sul proprio profilo.

Al termine della registrazione il Contraente riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa. Nel caso di sottoscrizione di contratti in forma collettiva in cui gli Aderenti/Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono portatori di un interesse alla prestazione,

l'accesso all'Area Riservata è consentito anche agli stessi.

Bipiemme Assicurazioni garantisce la tutela della riservatezza e la protezione dei dati e delle informazioni rese disponibili nell'Area Riservata.

* * * * *

Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente Nota Informativa non derivanti da innovazioni normative, il Contraente/Assicurato potrà consultare il sito internet di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. www.bpmassicurazioni.it.

La Compagnia è responsabile della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato
Richard Ellero



Accollo

Assunzione, da parte di un terzo, del debito derivante dal Contratto di Mutuo, sulla base di un accordo tra il debitore originario (accollato) e il terzo medesimo (accollante).

Adesione

La data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. In caso di vendita a distanza si intende la data del pagamento del premio.

Ammortamento

Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata, accollata, surrogata a titolo di Mutuo.

Assicurando

La persona fisica che, sottoscrivendo il Modulo di Adesione, manifesta l'intenzione di aderire alla Polizza Collettiva.

Assicurato

La persona fisica, intestataria o cointestataria del contratto di Mutuo concesso dall'Istituto che ha le caratteristiche previste all'Art. 6 "*Limiti Assuntivi*", che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e che ha pagato il Premio. Le prestazioni previste dal contratto assicurativo sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione (Polizza Collettiva) e il suo contenuto.

Beneficiario

Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dalla Copertura Assicurativa è l'Assicurato o in difetto i suoi eredi testamentari o legittimi.

Capitale Assicurato

La somma pari all'Importo del Mutuo con il limite massimo di € 350.000,00 per ogni Assicurato per cui è prestata la Copertura Assicurativa. In caso di Mutui cointestati tale somma è pari all'Importo del Mutuo ripartito in parti uguali tra tutte le teste assicurate. Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad euro € 500.000,00.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di Decorrenza della Copertura Assicurativa durante il quale le Coperture Assicurative non sono operative. Ciò significa che se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnia

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., che ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia e con la quale la Contraente ha stipulato, anche in nome e per conto degli Istituti, la presente Polizza

Convenzione.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Contraente

La Banca Popolare di Milano S.c.a r.l. che agisce anche in nome e per conto degli Istituti.

Contratto di Mutuo

Il Mutuo Ipotecario di durata non superiore ai 30 anni, concesso dall'Istituto all'Assicurato al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto della presente Polizza.

Copertura Assicurativa

Garanzia assicurativa concessa dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva e in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione al verificarsi del Sinistro a favore del Beneficiario.

Data di Conferma dell'Accollo

Data comunicata dall'Istituto all'accollante a partire dalla quale l'Accollo ha effetto.

Debito Residuo

Debito in linea capitale del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario alla data del Sinistro, con esclusione di eventuali importi di rate ancora insolute alla data del Sinistro.

Decorrenza della Copertura Assicurativa

Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare.

Detraibilità fiscale

Facoltà di portare in diminuzione dall'imposta calcolata sul reddito imponibile IRPEF, nei limiti previsti dalla legge, un importo che permette di ridurre l'ammontare dell'imposta da versare.

Dichiarazione di Buono Stato di Salute

Dichiarazione prevista all'interno del Modulo di Adesione sullo stato di salute dell'Assicurando, sottoscritta dallo stesso, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del codice civile.

Disoccupato

La posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente Privato che è iscritto nelle liste del Centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità o da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria. Durante la disoccupazione il lavoratore non dovrà svolgere alcuna attività lavorativa.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla Copertura Assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.

Importo del Mutuo

E' il debito in linea capitale del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e della malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

La perdita temporanea a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività.

Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia

La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.

Istituti

Tutti gli Istituti appartenenti al Gruppo Bipiemme che agiscono in qualità di intermediari e che hanno stipulato un Contratto di Mutuo con l'Assicurato.

ISVAP (vedi IVASS)**IVASS**

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni.

Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

Lavoratore autonomo

La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt. 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di

impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori autonomi:

- i lavoratori a progetto;
- i collaboratori coordinati e continuativi;
- gli apprendisti;
- i lavoratori stagionali;
- le persone fisiche che hanno un contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nelle definizioni di Lavoratore dipendente privato o Lavoratore dipendente pubblico.

Lavoratore dipendente privato

La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico-economica, che è iscritta nei libri paga dell'impresa con un contratto di lavoro dipendente non del pubblico impiego, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori dipendenti privati:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga;
- i lavoratori con contratto di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
- i lavoratori con contratto a termine;
- i lavoratori con contratto di somministrazione (ex interinali).

Lavoratore dipendente pubblico

La persona fisica che sia Lavoratore dipendente ma presso la Pubblica Amministrazione.

A titolo esemplificativo ma non limitativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave

I casi di tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus cerebrale, insufficienza renale, trapianto d'organo, come da specifiche definizioni integrate nella sezione Malattia Grave.

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Compagnia presta le Coperture Assicurative.

Modulo di Adesione

Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle Coperture Assicurative sottoscrivendo il quale

ciascuna persona fisica che ha richiesto/accolato/in corso di ammortamento un Mutuo presso l'Istituto dichiara di voler aderire alla Polizza Collettiva.

Mutuo

Il contratto con il quale gli Istituti concedono all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei mutui ipotecari per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 30 anni ed al quale si riferiscono le Coperture Assicurative oggetto del presente contratto di assicurazione.

Non lavoratori

Tutte le persone fisiche che non rientrano nella definizione di Lavoratore autonomo, Lavoratore Dipendente Privato o Lavoratore Dipendente Pubblico (a titolo esemplificativo ma non limitativo: Studenti, Casalinghe, Pensionati).

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia, per il tramite dell'Istituto, deve consegnare all'Assicurando prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto di assicurazione ed alle caratteristiche assicurative e finanziarie della Copertura Assicurativa.

Perdita Involontaria d'Impiego

È lo stato di disoccupazione a seguito di: - giustificato motivo oggettivo - messa in mobilità - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Piano di Ammortamento Originario

E' il piano di ammortamento del Mutuo rilasciato dagli Istituti all'Assicurato in vigore:

- a) **al momento dell'erogazione** per i mutui di nuova erogazione/surroghe;
- b) **al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva** se avvenuta entro il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo medesimo da parte dell'Istituto;
- c) **al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva** se avvenuta oltre il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga o dalla data di Conferma dell'Accollo.

Polizza Collettiva

Contratto di assicurazione stipulato da un Contraente nell'interesse di più Assicurati.

Premio

Il Premio che viene versato dall'Assicurato all'Istituto e, per il tramite della Contraente, viene riversato alla Compagnia in relazione alla Copertura Assicurativa.

Ricovero Ospedaliero

Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in istituto di cura, pubblico o privato, dovuta ad Infortunio o Malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital.

Ripresa di occupazione

Periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un Sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego.

Sinistro

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

Surroga passiva

Trasferimento del Contratto di Mutuo presso un altro intermediario alle condizioni stipulate tra l'intestatario del Contratto di Mutuo e l'intermediario subentrante, per effetto del quale quest'ultimo subentra nelle garanzie personali e reali, accessorie al credito cui la surrogazione si riferisce, senza penali od oneri di qualsiasi natura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI¹ **ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Ai fini del rispetto della normativa in materia di privacy, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito denominata "Compagnia"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, informa i medesimi sul loro utilizzo e sui diritti che la legge gli riconosce.

Quali dati raccogliamo

I dati personali, eventualmente anche quelli sensibili e giudiziari², del Contraente, dell'Assicurato ed eventualmente del beneficiario, ove designato nominalmente, fornitici dai medesimi o da terzi³, verranno trattati dalla Compagnia secondo le finalità e con le modalità necessarie sia all'adempimento delle obbligazioni strettamente connesse e strumentali, sia alla gestione dei rapporti con la clientela, sia all'esecuzione del contratto assicurativo stipulato (tra cui, ad esempio: l'acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione del contratto di assicurazione, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti da contratti conclusi con la clientela, liquidazioni di sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la società è autorizzata ai sensi delle disposizioni di legge, etc.).

Inoltre, i dati personali saranno necessariamente trattati per le finalità imposte da obblighi di legge, regolamenti e normativa comunitaria o disposizioni impartite da organi di vigilanza e di controllo a ciò debitamente autorizzati dalle disposizioni normative in vigore⁴.

Il mancato conferimento dei dati preclude l'instaurazione o l'esecuzione del contratto di assicurazione.

Perché chiediamo i dati

La Compagnia utilizzerà i dati per le finalità connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai connessi adempimenti normativi e all'attività di promozione di prodotti o servizi assicurativi⁵; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo⁶.

¹ Valida per i soggetti persone fisiche. Ai sensi della L. 214/2011 le norme privacy non si applicano infatti a persone giuridiche, enti e associazioni.

² L'art. 4, comma 1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; il medesimo art. 4, comma 1, lett. e) del D. Lgs. 196/2003 definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

³ Ad esempio, altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali il rilascio di una copertura, la liquidazione di un sinistro, ecc.) forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, gli adempimenti previsti dalla disciplina contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo; le Circolari emanate dall'IVASS in relazione allo svolgimento dell'attività assicurativa.

⁵ Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffarie; l'invio di comunicazioni di informazione commerciale sui prodotti e i servizi assicurativi offerti dal Gruppo assicurativo.

⁶ Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'ISVAP con il n. 045 e a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa.

I dati potranno essere comunicati, anche all'estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla Compagnia coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁷.

Come trattiamo i dati

I dati saranno trattati dalle strutture della Compagnia appositamente incaricate, con modalità manuali e automatizzate (elettroniche) in modo tale da garantirne la sicurezza, la protezione e la riservatezza.

All'interno della Compagnia possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti o i collaboratori, anche esterni, adibiti a particolari uffici (tra cui servizi legali, servizi informatici, consulenti medici e servizi di spedizione e di archiviazione)⁸.

Quali sono i Vostri diritti

Responsabile del trattamento è il Direttore Generale pro-tempore della Compagnia.

Gli interessati potranno accedere in ogni momento ai dati personali che Li riguardano, ottenere l'indicazione della loro origine, delle finalità e del modo in cui sono utilizzati, farli aggiornare, rettificare, integrare a seconda dei casi, oppure, in presenza dei presupposti, chiederne il blocco, trasformarli in forma anonima o cancellarli ed opporsi alla loro utilizzazione⁹ (art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro, 1 - 20121 Milano - (sito internet www.bpiassicurazioni.it).

⁷ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche convenzionate; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

⁸ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁹ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché dalle previsioni contenute nel Modulo di Adesione. I termini utilizzati nelle seguenti Condizioni di Assicurazione hanno il significato (sia nella forma singolare che plurale) attribuito ai medesimi nel Glossario allegato al Fascicolo Informativo, di cui le presenti Condizioni di Assicurazione formano parte integrante.

PARTE I - Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Coperture Assicurative

La Contraente stipula la presente Polizza Collettiva al fine di consentire agli Assicurati di beneficiare, nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, delle Coperture Assicurative di seguito riportate:

- A) Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (valida per tutti gli Assicurati);**
- B) Ricovero Ospedaliero (valida per tutti gli Assicurati);**
- C) Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi);**
- D) Perdita Involontaria d'Impiego (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati);**
- E) Malattia Grave (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non lavoratori).**

Le prestazioni relative alle singole Coperture Assicurative sono dettagliatamente descritte nella Parte II – “*Condizioni Particolari di Assicurazione*”, mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nella Parte III – “*Esclusioni*” delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 – Capitale Assicurato e Massimali

- a) Per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, il capitale massimo assicurabile per ciascun Assicurato è pari a € 350.000,00. Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad € 500.000,00;
- b) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo:
 - 1. la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a € 2.000,00 per rata mensile;
 - 2. la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 12 rate mensili per sinistro e un massimo di 24 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 12 rate mensili;
- c) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo:

1. la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia è pari a € 1.500,00 per rata mensile. Per le garanzie Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a € 1.200,00 per rata mensile;
2. la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 10 rate mensili per sinistro e un massimo di 20 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 10 rate mensili.

In caso di Mutui cointestati, ai fini della determinazione della prestazione, vale quanto disposto dal successivo Art. 21 – “Cointestazione del Contratto di Mutuo”.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari del Mutuo, la prestazione in caso di sinistro del Mutuo, sarà pari:

- al debito residuo del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia;
- alla rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.

Art. 3 – Obbligo degli Istituti

Nel rispetto di quanto previsto dal successivo Art. 6 - "*Limiti assuntivi*", gli Istituti si impegnano a consentire l'ingresso alla Polizza Collettiva a coloro con i quali hanno stipulato un Contratto di Mutuo e che hanno manifestato il loro interesse ad aderire alla polizza stessa.

Art. 4 – Obblighi della Compagnia

La Compagnia rilascia agli Istituti, per il tramite della Contraente, in base alle adesioni da questa fornite, gli elenchi degli Assicurati, con l'indicazione per ciascuno dei Capitali Assicurati e dei Premi; tale elenco forma parte integrante della Convenzione. Gli elenchi sono aggiornati mensilmente dalla Compagnia in base ai dati forniti dalla Contraente. La Compagnia provvede, inoltre, a fornire agli Istituti il Fascicolo Informativo relativo alla presente Polizza Collettiva che viene consegnato agli Assicurandi prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 5 – Decorrenza e durata della Copertura Assicurativa

Decorrenza della Copertura Assicurativa

La Copertura Assicurativa decorre, a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto:

- a) qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente all'erogazione/surroga del Mutuo, dalle ore 00.00 della data di erogazione/ surroga del Mutuo;
- b) nel caso in cui l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in un momento diverso rispetto alla stipula precedente all'erogazione o alla surroga del Mutuo, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione; nel caso di vendita a distanza, dalle 24.00 del giorno di pagamento del premio; farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Assicurato.

In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza della copertura assicurativa, dovrà essere pervenuto all'Istituto il Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto.

Termine della Copertura Assicurativa

La durata delle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e Malattia Grave è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di Decorrenza della Copertura Assicurativa e quella di scadenza del rapporto di Mutuo quale prevista dal Piano di Ammortamento Originario e non può comunque essere superiore a 30 anni. La durata della garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di Decorrenza della Copertura Assicurativa e coincide con la durata prevista dal Piano di Ammortamento Originario con un massimo di 10 anni.

La Copertura Assicurativa ha comunque termine:

- in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia dell'Assicurato;
- alla scadenza del Piano di Ammortamento Originario;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, Surroga passiva, Accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Assicurato/Accollato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Mutuo).

Ove, con riferimento a un medesimo Contratto di Mutuo, vi siano più Assicurati, la cessazione per uno di essi della Copertura Assicurativa non pregiudica la continuazione delle Coperture Assicurative a favore degli altri.

In caso di modifica della durata del Mutuo ovvero di Mutui a durata variabile la durata massima delle Coperture Assicurative sarà comunque pari alla durata del Mutuo stabilita nel Piano di Ammortamento Originario, fatto salvo il limite massimo di durata di 10 anni previsto per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.

Art. 6 – Limiti Assuntivi

L'Assicurando manifesta l'interesse ad aderire alla Copertura Assicurativa mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Al momento della decorrenza della copertura, come prevista dal precedente Art. 5, l'Assicurato dovrà avere una età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti. Non potranno essere assicurati coloro il cui Mutuo scade successivamente al 31 dicembre dell'anno del 75° compleanno di età.

L'Adesione alla Copertura Assicurativa può avvenire oltre il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo, a condizione che la durata residua del Mutuo sia superiore ad anni 10.

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato sarà pari ad € 350.000,00. Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad € 500.000,00.

Per poter aderire alla Polizza Collettiva, l'Assicurando al momento dell'Adesione dovrà trovarsi, nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

- godere di un buono stato di salute;
- non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;

- **non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie.**

Ai fini della validità della Copertura Assicurativa, l'Assicurando è tenuto a sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute presente nel Modulo di Adesione, assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e informazioni rilasciate, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del codice civile.

In caso di cointestazione del Contratto di Mutuo come previsto all'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione tutti gli intestatari dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione alla Copertura Assicurativa. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia i requisiti di assicurabilità, previsti al presente articolo, nessuno potrà aderire alla Copertura Assicurativa.

Art. 7 - Estinzione anticipata, Surroga passiva e Accollo del Contratto di Mutuo

In caso di anticipata estinzione, Surroga passiva, Accollo del Contratto di Mutuo, qualora non risultino Sinistri, la Compagnia restituirà all'Assicurato, per il tramite dell'Istituto, la parte di Premio corrispondente al periodo di Copertura Assicurativa non goduta, calcolata alla data dell'estinzione, sommando i risultati delle seguenti formule:

1) Rimborso del Premio Puro: $(\text{Premio netto} - \text{Costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)]$

2) Rimborso dei Costi: $\text{Costi} * [(n-t) / n]$

dove:

Premio netto = Premio versato al netto delle imposte di assicurazione;

Costi = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto" nel Modulo di Adesione;

n = durata della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi) così come risultante dal Modulo di Adesione;

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi);

La Compagnia non tratterrà alcun altro importo a titolo di spese, fermo restando che, ai fini del calcolo dell'importo dovuto a titolo di rimborso, dal Premio originariamente versato dall'Assicurato saranno dedotte le imposte versate dalla Compagnia in relazione al medesimo.

Resta inteso che l'Assicurato avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le Coperture Assicurative, in copertura al momento della richiesta, dandone informazione all'Istituto contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata o di Surroga Passiva del Finanziamento.

Art. 8 – Rimborso anticipato parziale del Contratto di Mutuo

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare anticipatamente una parte del Mutuo rispetto a quanto previsto dal Piano di Ammortamento Originario, la Copertura Assicurativa continuerà ad operare sino a scadenza del periodo di durata originariamente previsto e gli Indennizzi saranno calcolati in funzione del Piano di Ammortamento Originario.

Art. 9 – Pagamento del Premio

L'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **Premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. **La Compagnia conferisce agli Istituti mandato all'incasso del Premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato acceso presso l'Istituto o detratto dall'importo del Mutuo.**

Il Premio unico relativo alle Coperture Assicurative viene esplicitato nel Modulo di Adesione. Il Premio è calcolato moltiplicando il Tasso Lordo per il Capitale Assicurato. **Il Tasso Lordo, comprensivo di imposte di assicurazione (2,50%), è pari a 1,80%.**

L'importo del Premio non varia in funzione dell'età e del sesso dell'Assicurato.

Il Premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, sarà corrisposto alla Compagnia tramite gli Istituti.

Art. 10 – Modifica stato professionale

L'Assicurato non deve dare comunicazione alla Compagnia del cambiamento della propria condizione occupazionale; solo in caso di Sinistro verrà verificato a quale categoria appartenga per ottenere il diritto alla prestazione.

Art. 11 – Revoca dell'Adesione (solo in caso di Adesione all'erogazione/surroga del Mutuo) e Diritto di Ripensamento (solo in caso di contratto stipulato a distanza)

L'Assicurando ha il diritto di revocare la propria Adesione fino al giorno in cui il Mutuo non sia stato erogato/surrogato.

L'Assicurando deve chiedere la revoca dell'Adesione per iscritto all'Agenzia/Filiale dell'Istituto presso il quale ha sottoscritto il Modulo di Adesione.

In caso di contratto stipulato a distanza, l'Assicurato, entro 14 giorni dalla Decorrenza della Copertura Assicurativa, ha diritto può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione, mediante lettera raccomandata A.R., alla Compagnia (farà fede il timbro postale). La Compagnia, anche per il tramite dell'Istituto entro 15 giorni dalla data di efficacia del ripensamento, rimborsa il premio pagato, al netto degli oneri fiscali che per legge restano a carico dell'Assicurato.

Art. 12 – Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dalla Copertura Assicurativa è l'Assicurato o in difetto i suoi eredi testamentari o legittimi.

Art. 13 – Denuncia del Sinistro

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa e/o dalla Banca alla Compagnia, entro 15 giorni dalla data del Sinistro stesso o dal momento in cui ne siano venuti a conoscenza, componendo i seguenti numeri di telefono:

Numero Verde 800.055.177 (per Italia),

Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Assicurato dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R il Modulo di Denuncia Sinistro – consegnato unitamente al presente Fascicolo Informativo – al seguente indirizzo:

Bipiemme Assicurazioni

c/o BLUE ASSISTANCE

C.so Svizzera, 185

10149 – TORINO

La denuncia del Sinistro dovrà essere corredata della seguente documentazione:

a) IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUIO E MALATTIA (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'Infortunio o alla Malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

b) IN CASO DI MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Pubblici e ai Non Lavoratori)

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della cartella clinica;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

c) IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Privati)

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

d) IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo ai Lavoratori Autonomi)

- Copia del certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

e) IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire alla Compagnia di effettuare gli accertamenti del caso e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e il datore di lavoro a fornire le informazioni necessarie.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento e la stima del danno.

La Compagnia avrà la facoltà di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-

legale in tutti quei casi in cui sia necessario valutare l'applicabilità delle Coperture Assicurative al fine di erogare l'eventuale Indennizzo.

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa possono chiedere informazioni relative allo stato del Sinistro telefonando ai seguenti numeri:

Numero Verde 800.055.177 (per Italia),

Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00

Art. 14 – Pagamento delle prestazioni assicurate

La Compagnia, dopo la denuncia di un Sinistro per uno degli eventi previsti dalla Copertura Assicurativa, qualora questo sia indennizzabile, provvederà entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, a corrispondere le somme dovute.

Art. 15 – Inadempimenti e/o ritardi dell'Assicurato

Le presenti garanzie continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Assicurato verso l'Istituto in base al Contratto di Mutuo. Ai fini della determinazione degli indennizzi dovuti dalla Compagnia, si farà sempre riferimento ai Piano di Ammortamento Originario al netto delle rate ancora insolute alla data del sinistro.

Art. 16 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile.

Art. 17 – Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 18 – Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Polizza Collettiva sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

Art. 19 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge in materia.

Art. 20 – Diritto alle prestazioni

In caso di disdetta della Polizza Collettiva da parte della Contraente resta salvo per ogni Assicurato il diritto alle prestazioni già acquisite che verranno regolarmente corrisposte nei tempi e con le modalità previste dalle condizioni di seguito indicate che regolano le singole Coperture Assicurative.

Art. 21 – Cointestazione del Contratto di Mutuo

Nel Contratto di Mutuo che prevede la cointestazione è possibile assicurare, con la presente Polizza Collettiva, fino ad un massimo di 8 cointestatari. L'Importo di Mutuo, così come l'importo della rata mensile,

nell'ambito dei massimali assicurati, si intende suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia tutti i requisiti previsti all'Art. 6 – "Limiti Assuntivi" - la Copertura Assicurativa non potrà essere attivata per alcun intestatario del Contratto di Mutuo.

Art. 22 – Clausola Liberatoria

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri oggetto di questa Polizza Collettiva, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro nei confronti dei medici della Compagnia eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso.

Art. 23 – Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie

Le divergenze sul diritto all'Indennizzo e le controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità possono essere demandate, su concorde volontà delle parti ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo dovrà essere prescelto tra gli specializzati in Medicina Legale e delle Assicurazioni, dal Presidente dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio dei medici si riunirà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

AVVERTENZA:

Resta salva in ogni caso la possibilità di rivolgersi in alternativa all'Autorità Giudiziaria.

Qualora una delle parti del presente contratto intenda agire in giudizio per una controversia avente ad oggetto gli obblighi contrattuali dovrà preliminarmente esperire la procedura di mediazione obbligatoria prevista dal D. Lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal caso, la richiesta di mediazione, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia, dovrà essere fatta pervenire alla sede legale di Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Servizio Legale e Societario, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@bpmassicurazioni.it ovvero a mezzo fax al n. 02. 859644.40.

Art. 24 – Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel

termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore – Sezione Tutela degli Assicurati, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

Il reclamo – da inviarsi direttamente all'IVASS al recapito sopra indicato – deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi: il nome, cognome e domicilio del reclamante; l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato; la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa. Al reclamo trasmesso all'IVASS dovrà essere allegata copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET;
- all'IVASS, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

In caso di divergenze sul diritto all'indennizzo, di controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità, l'Assicurato e la Compagnia potranno – di comune accordo – demandare la questione ad un collegio di tre medici, in conformità a quanto previsto dall'Art. 23.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

Art. 25 – Diritto di Recesso

L'Assicurato può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo. L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

Il rimborso dovuto dalla Compagnia sarà calcolato e versato in conformità a quanto previsto dall'Art. 7 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 26 – Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza Collettiva, foro competente sarà quello di residenza dell'Assicurato.

Art. 27 – Comunicazioni

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno trasmesse all'indirizzo indicato dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ovvero, in caso di Sinistro, nel Modulo di Denuncia Sinistro.

Art. 28 – Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurando nel Modulo di Adesione devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, le stesse possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione delle coperture, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del codice civile.

PARTE II - Condizioni particolari di Assicurazione

Art. 29 – Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (valida per tutti gli Assicurati)

La Compagnia, fermo restando quanto previsto all'Art.44 – "Esclusioni", garantisce la corresponsione di una somma pari al Debito Residuo alla data del Sinistro nel caso in cui l'Assicurato subisca un Infortunio o contragga una Malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, **di grado pari o superiore al 60% della totale**. Per data del Sinistro si intende, la data di diagnosi della Malattia o la data dell'Infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra 6 e 18 mesi dalla data del Sinistro. Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL e successive modificazioni ed integrazioni).

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia corrisponderà una prestazione pari all'ammontare del Debito Residuo alla data del Sinistro moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari).

La prestazione di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia non si cumula con alcuna contemporanea liquidazione prevista dalle altre garanzie.

Art. 30 – Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per tutti gli Assicurati)

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di Ricovero Ospedaliero, dovuto a Infortunio o Malattia (reso necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali) la Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari all'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza così come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, **trascorsi 7 giorni di Franchigia, con i seguenti limiti massimi:**

- a) **€ 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) **€ 1.500,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

Gli Indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero con i limiti massimi di cui sopra.

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

La Compagnia liquiderà:

- a) **un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora**

l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;

- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e dalla garanzia Malattia Grave.

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di Indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia o nel periodo di Indennizzo successivo alla data di diagnosi della Malattia Grave.

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Art. 31 – Franchigia

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di Franchigia pari a 7 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero.

Art. 32 – Carenza

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di Carenza di 60 giorni se è conseguente ad una Malattia: in questo caso, qualora il ricovero avvenga entro 60 giorni dalla Decorrenza della Copertura Assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 33 – Denunce successive

Quando un Sinistro per Ricovero Ospedaliero sia stato pagato, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Ricoveri Ospedalieri salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 90 giorni consecutivi.

Art. 34 – Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (garanzia valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi)

La Compagnia in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, liquiderà, fermo restando quanto previsto all'Art. 44 – "Esclusioni", una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal Piano di Ammortamento Originario e che hanno scadenza, **trascorsi 30 giorni di Franchigia**, durante il restante periodo dell'inabilità stessa, **con i seguenti limiti massimi:**

- a) € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) € 1.500,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in

parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

La prestazione di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Ricovero Ospedaliero. In caso di Infortunio o Malattia dal quale derivi Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro verrà liquidata trascorsi 30 giorni di Franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

La Compagnia liquiderà:

- a) un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**

- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni Sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Art. 35 – Franchigia

La garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia è sottoposta ad un periodo di Franchigia di 30 giorni.

L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

Art. 36 – Carenza

La garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia è sottoposta ad un periodo di Carenza di 30 giorni se è causata da Malattia: in questo caso, qualora l'Inabilità insorga entro 30 giorni dalla Decorrenza della Copertura Assicurativa (come prevista all'Art. 5), l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 37 – Denunce successive

Quando un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia sia stato pagato, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia tornato alla sua normale attività lavorativa per un periodo di 90 giorni consecutivi.

Art. 38 – Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego (garanzia riservata agli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori dipendenti privati)

La Compagnia, in caso di Perdita Involontaria d'Impiego liquiderà mensilmente, fermo restando quanto previsto all'Art. 44 – "Esclusioni", una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal Piano di Ammortamento Originario e che hanno scadenza, trascorsi **30 giorni di Franchigia**, durante il restante periodo della disoccupazione stessa, con il **limite massimo di:**

- a) € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di**

stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;

- b) € 1.200,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

La Compagnia liquiderà

- a) un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) un massimo di 10 indennizzi per ogni Sinistro e 20 nel corso della durata contrattuale qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo.**

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è stato liquidato un Sinistro di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Tale garanzia è prestata con il limite massimo di 10 anni dalla data di attivazione della Copertura Assicurativa (come prevista all'Art. 5).

Art. 39 – Carenza

In caso di Perdita Involontaria d'Impiego durante il periodo di Carenza, ossia:

- a) 60 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) 180 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo non verrà corrisposto alcun Indennizzo.**

Art. 40 – Franchigia

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di Franchigia pari a 30 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento).

Art. 41 – Denunce successive

Quando un Sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego sia stato pagato, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo Sinistro, l'Assicurato sia tornato ad essere Lavoratore dipendente privato per un periodo pari alla Ripresa di occupazione di 90 giorni consecutivi.

Art. 42 – Prestazione in caso di Malattia Grave (garanzia riservata a Lavoratori dipendenti pubblici e ai Non lavoratori)

La Compagnia, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, corrisponde, fermo restando quanto previsto all'Art. 44 – “Esclusioni”, in un'unica soluzione, un **indennizzo pari a**

- a) **12 rate mensili risultanti dal Piano di Ammortamento Originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 2.000,00 per singola rata mensile qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) **10 rate mensili risultanti dal Piano di Ammortamento Originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 1.200,00 per singola rata mensile, qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'Accollo.**

La rata prevista dal Piano di Ammortamento Originario al momento della citata diagnosi (comprensiva di capitale e interessi) sarà utilizzata per il calcolo dell'indennizzo. **Qualora la durata residua del Piano di Ammortamento Originario fosse inferiore al numero di rate mensili da liquidare, l'importo liquidato sarà pari a tante rate quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.**

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo del Mutuo suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo risultante dal Piano di Ammortamento Originario moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo del Mutuo (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.** Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Ai fini della presente Copertura Assicurativa sono considerati indennizzabili i Sinistri derivanti dalle seguenti malattie gravi:

- 1. Tumore** - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. **Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio e i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarck. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).**
- 2. Chirurgia cardiovascolare** - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico.
- 3. Infarto miocardico** - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.
- 4. Ictus cerebrale** - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o infarto cerebrale (trombosi embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). **L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di**

insorgenza.

5. Insufficienza renale - Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6. Trapianto d'organo - Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo e dell'intestino. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un Sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia.

Art. 43 – Carenza

Qualora la Malattia Grave venga diagnosticata entro il periodo di Carenza, ossia:

- a) **30 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del Contratto di Mutuo precedente l'erogazione/surroga del Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/Conferma dell'Accollo;**
- b) **180 giorni qualora l'Adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del Mutuo o oltre il 90° giorno dalla data di Conferma dell'Accollo non verrà corrisposto alcun indennizzo.**

Art. 44 – Esclusioni

Le garanzie relative ai rischi Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia, Ricovero Ospedaliero non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malattie, malformazioni, lesioni dell'Assicurato verificatesi e note all'Assicurato prima della data di Decorrenza delle Coperture Assicurative (come prevista all'Art. 5), nonché conseguenze dirette o indirette da esse derivanti;
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Istituto, per il tramite della 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;
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 7) dolo dell'Assicurato;
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 10) i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- 11) i Sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 12) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia;
- 14) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 15) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;

- 16) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 17) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali che comporti un compenso o una remunerazione;
- 18) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);

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

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore dipendente privato in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 3) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 4) la risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- 5) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 6) la messa in mobilità del Lavoratore dipendente privato che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 7) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 8) se la perdita d'impiego è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 9) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- 10) i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 11) all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurando è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- 12) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- 13) l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego salvo che sia in CIGS;
- 14) l'Assicurato, al momento del Sinistro, era in periodo di prova.

MODULO DI ADESIONE
alla
Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000173
(MUTUI DI NUOVA EROGAZIONE E SURROGHE DEL MUTUO)

Agenzia _____ N° Assicurati ... (massimo 8) compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurando

Mutuo richiesto a Istituto

Mutuo n°

Scadenza:

Importo del Mutuo richiesto euro.....

Durata del Mutuo (in mesi).....

Assicurando

Cognome

Nome.....

Nato aprov..... ilCod.Fisc.....

Comune di residenza.....Prov.....CAP.....

Indirizzo

Capitale Assicurato: euro..... (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio totale lordo euro.....

Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato:

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: euro.....

di cui importo percepito dall'Istituto: euro.....

Coperture Assicurative previste:

- **Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati;*

- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del Sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

L'ASSICURANDO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 10000000173 che presta le Coperture Assicurative su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

- che le suddette Coperture Assicurative, abbinata al Mutuo, se erogato/surrogato, sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un Sinistro coperto dalle medesime Coperture Assicurative, siano erogate

- le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 00.00 della data di erogazione/surroga del Mutuo a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto;
 - **che può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
 - che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato e/o gli eredi testamentari o legittimi del medesimo;
 - l'Adesione di più cointestatari alla polizza in qualità di Assicurati comporta, ai fini della determinazione del Capitale Assicurato e fermo l'importo massimo di 350.000,00 euro per singolo Assicurato, che l'Importo del Mutuo erogato/surrogato sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad euro € 500.000,00;
 - che il tasso di Premio lordo da applicarsi al Capitale Assicurato (comprensivo di imposte di assicurazione pari al 2,50 %) è pari all'1,80%;
 - che l'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **Premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. Il Premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto o detratto dall'importo del Mutuo.

L'ASSICURANDO DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti;
- in caso di lavoratore dipendente privato: di non essere a conoscenza della prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione e di non percepire il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia.

Luogo e Data *Firma Assicurando*.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della Copertura Assicurativa, il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;**
- **di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a propria conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie;**

Il sottoscritto proscioglie 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 la Compagnia stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici

effettuati.

AVVERTENZE: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto (Assicurando) possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Assicurando dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa), Art. 9 (Pagamento del Premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del Sinistro), Art. 29 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia), Art. 30 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 31, 35, 40 (Franchigia), Artt. 32, 36, 39, 43 (Carenza), Artt. 33, 37, 41 (Denunce successive), Art. 34 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia), Art. 38 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 42 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 44 (Esclusioni).

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurando, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì:

- di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e Condizioni di Assicurazione .

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

NB: IN caso di mancata erogazione/surroga del Mutuo, il presente Modulo di Adesione, rimarrà privo di ogni e qualsiasi efficacia.

MODULO DI ADESIONE
alla
Polizza Collettiva “RAMO DANNI” n.10000000173
(ADESIONE ENTRO 90 GIORNI DALL’EROGAZIONE/SURROGA DEL
MUTUO)

Agenzia _____ N° Assicurati ... (massimo 8) compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurando

Mutuo presso Istituto

Mutuo n°

Scadenza:

Importo del Mutuo euro.....

Durata residua del Mutuo al momento dell’Adesione (in mesi).....

Assicurando

Cognome

.....

Nome.....

Nato aprov..... ilCod.Fisc.....

Comune di residenza.....Prov.....CAP.....

Indirizzo

.....

Capitale Assicurato: euro..... (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio totale lordo euro.....

Costi gravanti sul premio a carico dell’Assicurato:

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: euro.....

di cui importo percepito dall’Istituto: euro.....

Coperture Assicurative previste:

- **Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati;*

- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d’Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all’attività professionale svolta al momento del Sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

L’ASSICURANDO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 10000000173 che presta le Coperture Assicurative su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

- che le suddette Coperture Assicurative, abbinate al Mutuo erogato/surrogato, sono finalizzate a consentire

- che, in caso si verifichi un Sinistro coperto dalle medesime Coperture Assicurative, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del, data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. Nel caso di vendita a distanza, dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio. Farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Assicurato. In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza assicurativa, dovrà essere pervenuto all'Istituto il Modulo di adesione debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto;
 - **che può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
 - che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato e/o gli eredi testamentari o legittimi del medesimo;
 - l'Adesione di più cointestatari alla polizza in qualità di Assicurati comporta, ai fini della determinazione del Capitale Assicurato e fermo l'importo massimo di 350.000,00 euro per singolo Assicurato, che l'Importo del Mutuo sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad euro € 500.000,00;
 - che il tasso di Premio lordo da applicarsi al Capitale Assicurato (comprensivo di imposte di assicurazione pari al 2,50 %) è pari all'1,80%;
 - che l'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **Premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. Il Premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto.

L'ASSICURANDO DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti;
- in caso di lavoratore dipendente privato: di non essere a conoscenza della prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione e di non percepire il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della Copertura Assicurativa il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;**
- **di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a propria conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie;**

Il sottoscritto proscioglie 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 la Compagnia stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

AVVERTENZE: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto (Assicurando) possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Assicurando dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e Durata delle garanzie), Art. 9 (Pagamento del Premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del Sinistro), Art. 29 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia), Art.30 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 31, 35, 40 (Franchigia), Artt. 32, 36, 39, 43 (Carenza), Artt. 33, 37, 41 (Denunce successive), Art. 34 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia), Art. 38 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 42 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 44 (Esclusioni).

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurando, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì:

- di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

MODULO DI ADESIONE

alla

Polizza collettiva "RAMO DANNI" n.10000000173

**(ADESIONE ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO
DEL MUTUO)**

Agenzia _____ N° Assicurati ... (massimo 8) compilare un Modulo per ciascun
Cointestatario/Assicurando

Mutuo accollato presso Istituto

Mutuo n°

Scadenza:

Data Conferma Accollo:

Importo del Mutuo euro.....

Durata residua del Mutuo al momento dell'Adesione (in mesi).....

Assicurando

Cognome

.....

Nome.....

Nato aprov..... ilCod.Fisc.....

Comune di residenza.....Prov.....CAP.....

Indirizzo

.....

Capitale Assicurato: euro..... (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio totale lordo euro.....

Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato:

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: euro.....

di cui importo percepito dall'Istituto: euro.....

Coperture Assicurative previste:

- **Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati;*

- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del Sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

L'ASSICURANDO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 10000000173 che presta le Coperture Assicurative su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

- che le suddette Coperture Assicurative abbinare al Mutuo accollato, sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un Sinistro coperto dalle medesime Coperture Assicurative, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del, data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. Nel caso di vendita a distanza, dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio; farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Assicurato. In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza assicurativa, dovrà essere pervenuto all'Istituto il Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- **che può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
- che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato e/o gli eredi testamentari o legittimi del medesimo;
- l'Adesione di più cointestatari alla polizza in qualità di Assicurati comporta, ai fini della determinazione del Capitale Assicurato e fermo l'importo massimo di 350.000,00 euro per singolo Assicurato, che l'importo di Mutuo accollato sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad euro € 500.000,00;
- che il tasso di Premio lordo da applicarsi al Capitale Assicurato (comprensivo di imposte di assicurazione pari al 2,50 %) è pari all'1,80%;
- che l'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **Premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. Il Premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto.

L'ASSICURANDO DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti;
- in caso di lavoratore dipendente privato: di non essere a conoscenza della prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione e di non percepire il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della Copertura Assicurativa copertura, il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;**
- **di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a propria conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie;**

Il sottoscritto proscioglie 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 la Compagnia stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

AVVERTENZE: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto (Assicurando) possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Assicurando dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e Durata delle garanzie), Art. 9 (Pagamento del Premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del Sinistro), Art. 29 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia), Art. 30 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 31, 35, 40 (Franchigia), Artt. 32, 36, 39, 43 (Carenza), Artt. 33, 37, 41 (Denunce successive), Art. 34 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia), Art. 38 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 42 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 44 (Esclusioni).

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurando, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì:

- di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

MODULO DI ADESIONE

alla

Polizza collettiva "RAMO DANNI" n.10000000173

**(ADESIONE OLTRE 90 GIORNI DALL'EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA
DELL'ACCOLLO DEL MUTUO)**

Agenzia _____ N° Assicurati ... (massimo 8) compilare un Modulo per ciascun
Cointestatario/Assicurando

Mutuo presso Istituto

Mutuo n°

Scadenza:

Importo del Mutuo euro.....

Durata residua del Mutuo al momento dell'Adesione (in mesi).....

Assicurando

Cognome

.....

Nome.....

Nato aprov..... ilCod.Fisc.....

Comune di residenza.....Prov.....CAP.....

Indirizzo

.....

Capitale Assicurato: euro..... (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio totale lordo euro.....

Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato:

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: euro.....

di cui importo percepito dall'Istituto: euro.....

Coperture Assicurative previste:

- **Invalità Totale Permanente da Infortunio e Malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati;*

- **Malattia Grave (MG) - Perdita Involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del Sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

L'ASSICURANDO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 10000000173 che presta le Coperture Assicurative su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

- che le suddette Coperture Assicurative, abbinate al Mutuo, sono finalizzate a consentire che, in caso si

verifichi un Sinistro coperto dalle medesime Coperture Assicuratrici, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;

- che la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 del, data di sottoscrizione del presente Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. Nel caso di vendita a distanza, dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio; farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Assicurato. In qualsiasi caso, ai fini della decorrenza assicurativa, dovrà essere pervenuto all'Istituto il Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- **che può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
- che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato e/o gli eredi testamentari o legittimi del medesimo;
- l'Adesione di più cointestatari alla polizza in qualità di Assicurati comporta, ai fini della determinazione del Capitale Assicurato e fermo l'importo massimo di 350.000,00 euro per singolo Assicurato, che l'Importo di Mutuo sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la Compagnia, è pari ad euro € 500.000,00;
- che il tasso di Premio lordo da applicarsi al Capitale Assicurato (comprensivo di imposte di assicurazione pari al 2,50 %) è pari all'1,80%;
- che l'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **Premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle Coperture Assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. Il Premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto.

L'ASSICURANDO DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti;
- in caso di lavoratore dipendente privato: di non essere a conoscenza della prossima disoccupazione o di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione e di non percepire il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente Copertura Assicurativa, il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;**
- **di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a propria conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie;**

Il sottoscritto proscioglie 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 la Compagnia stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

AVVERTENZE: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto (Assicurando) possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione della presente Dichiarazione di Buono Stato di Salute lo stesso soggetto deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate su di essa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Assicurando dichiara di approvare specificamente le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Art. 2 (Capitale Assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e Durata delle garanzie), Art. 9 (Pagamento del Premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del Sinistro), Art. 29 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia), Art. 30 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 31, 35, 40 (Franchigia), Artt. 32, 36, 39, 43 (Carenza), Artt. 33, 37, 41 (Denunce successive), Art. 34 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia), Art. 38 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 42 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 44 (Esclusioni).

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurando, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì:

- di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente al Fascicolo Informativo, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza collettiva "RAMO DANNI" n.10000000173 Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

In caso di sinistro, telefonare
al n° verde 800 055 177 (dall'Italia)
o al n° +39 011 7417266 (dall'estero)
e trasmettere tempestivamente, via
raccomandate A/R, DOPO la segnalazione al
numero verde, il presente modulo compilato e
sottoscritto.

Spett.
Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
c/o BLUE ASSISTANCE
C.so Svizzera, 185
10149 - TORINO

N° Sinistro comunicato dal n° verde o dal n° previsto per l'estero _____

Polizza Collettiva N.10000000173,

Mutuo N° N° intestatari/cointestatari contratto di Mutuo:

Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....

Dati dell'Assicurato cui si riferisce il sinistro:

Cognome e Nome.....C.F.....

Comune di Nascita..... Prov.....CAP.....

Comune di Residenza..... Prov.....CAP.....

Indirizzo.....

➤ **SINISTRO** (barrare la garanzia per la quale è richiesto l'Indennizzo ed allegare i documenti indicati)

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUIO E MALATTIA (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'Infortunio o alla Malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Pubblici e ai Non Lavoratori)

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della cartella clinica;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

□ PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Privati)

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

□ INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo ai Lavoratori Autonomi)

- Copia del certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

□ RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero;
- Copia del Piano di Ammortamento Originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

Nome e Cognome Beneficiario:

.....

IBAN.....

Il sottoscritto da atto inoltre che al momento dell'Adesione alla polizza collettiva n° 1000000173, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei miei dati ai sensi della L. 196/2003

Data/....../.....

L'Assicurato