

# Credit Protection Insurance

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: CPI Small Business



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, di tipo collettivo e abbinabile ai contratti di finanziamento erogati dalla Banca distributrice alle aziende, copre i rischi derivanti da gravi eventi (quali decesso da infortunio, invalidità totale permanente da infortunio e malattia, inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio e malattia e ricovero ospedaliero da infortunio e malattia) che possano compromettere la capacità di rimborso del finanziamento.



## Che cosa è assicurato?

- ✓ Decesso da infortunio  
Nel caso di decesso per infortunio viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.
- ✓ Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia  
Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.
- ✓ Inabilità Temporanea Totale da infortunio e malattia  
Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi un'inabilità temporanea totale, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità stessa.
- ✓ Ricovero Ospedaliero  
Nel caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia presso un Istituto di cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il ricovero stesso.

Le garanzie sono valide per tutti gli Assicurati indipendentemente dalla professione svolta.

- ✗ i soggetti che non siano nella condizione di poter rispondere negativamente a tutti i quesiti del questionario anamnestico sottoposto prima dell'adesione alla polizza.



## Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- ! suicidio e tentativi di suicidio (entro i primi 2 anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione), atti di autolesionismo o stato di incapacità di intendere o di volere;
- ! incidenti di volo su aeromobile non autorizzato, viaggio in qualità di membro dell'equipaggio alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero su aeromobili di aeroclub, di società/aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ! partecipazione a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! attività sportive professionistiche o che comportino una remunerazione, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- ! attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! pratica di sport rischiosi, quali, per esempio: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idrosci, snowboard, sci alpinismo o fuori pista, immersioni subacquee, rafting, bungee jumping, rugby, football americano, pugilato, lotta.



## Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e 70 compiuti al momento della scadenza del finanziamento;



### Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture assicurative sono valide senza limiti territoriali; in caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.



### Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- al momento della sottoscrizione, di effettuare dichiarazioni veritiere, corrette e complete;
- in caso di sinistro, di denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



### Quando e come devo pagare?

Il premio è annuo ed è corrisposto mediante il conto corrente indicato dall'Azienda Aderente per il pagamento delle rate del finanziamento.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dal giorno di stipula del finanziamento, ovvero dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La durata della copertura assicurativa non può essere superiore alla durata del finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento, pari a 60 giorni, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del contratto di finanziamento. La copertura assicurativa ha comunque termine:

- alla scadenza del finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso e Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o surroga passiva del finanziamento da parte dell'Azienda Aderente (salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative);
- per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- per cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente.



### Come posso disdire la polizza?

A condizione che non siano stati denunciati sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza. È inoltre possibile recedere dal contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

Il recesso deve essere comunicato alla filiale della Banca distributrice presso cui è stata emessa la polizza oppure alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R.

# Assicurazione Credit Protection Insurance



BPMASSICURAZIONI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni  
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: CPI Small Business

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 12/2018  
ed è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

**Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.** Via del Lauro, n. 1; 20121; Milano.

Tel. (+39) 02 72235.081; Sito internet: [www.bpmassicurazioni.it](http://www.bpmassicurazioni.it); E-mail: [info@bpmassicurazioni.it](mailto:info@bpmassicurazioni.it)

PEC: [bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it)

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (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 Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012, ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia.  
Telefono (+39) 02 72235.081, Indirizzo di posta elettronica [info@bpmassicurazioni.it](mailto:info@bpmassicurazioni.it)  
Indirizzo di posta elettronica certificata: [bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2017) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 26.701.078, di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 1.047.112. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 21.461.000, mentre il requisito patrimoniale minimo è pari a € 5.365.000. I fondi propri ammissibili sono pari a € 42.306.000 e il solvency ratio è pari al 197,13%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa disponibile sul sito internet dell'impresa ([https://www.bpmassicurazioni.it/bpma/docs/SFCR\\_311217\\_Bipiemme\\_Assicurazioni.pdf](https://www.bpmassicurazioni.it/bpma/docs/SFCR_311217_Bipiemme_Assicurazioni.pdf))

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Le garanzie prestate dalla compagnia sono le seguenti: Decesso da infortunio, Invalidità permanente totale da infortunio e malattia, Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio e malattia, Ricovero ospedaliero da infortunio e malattia.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali contrattualmente previsti.

**Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

### OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

Non previste

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste

 <b>Che cosa NON è assicurato?</b>	
<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 <b>Ci sono limiti di copertura?</b>	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	

 <b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</b>	
<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> In caso di sinistro è necessario darne tempestivamente avviso all'Impresa 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.
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> una volta denunciato il sinistro, l'Assicurato ha la facoltà di utilizzare, per la fornitura delle prestazioni, strutture o centri convenzionati con l'Impresa e/o con la Centrale Operativa.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> Non previste
	<b>Prescrizione:</b> i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
<b>Dichiarazioni inesatte e reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Ricevuta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento entro 30 giorni.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	- Il premio é comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - Il premio deve essere pagato annualmente in un'unica soluzione.
<b>Rimborso</b>	Si ha diritto al rimborso del premio eventualmente già corrisposto in caso di: - estinzione anticipata parziale e totale; - surroga passiva, rinegoziazione e moratoria; - recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza. L'Impresa, espletate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di premio pagata e non fruita, al netto delle imposte e dei relativi costi amministrativi indicati nel Modulo di Adesione.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Sospensione</b>	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.

 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	
<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	La polizza non prevede la possibilità di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle Aziende sottoscrittrici di un finanziamento presso la Banca distributrice, che vogliono assicurare il debito residuo nel caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone chiave dell'Azienda aderente.



## Quali costi devo sostenere?

- **Costi intermediazione**  
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 al 57%; di questo costo, la quota parte percepita in media dal Distributore è pari ad un 75,44%.
- **Costi dei PPI: non sono presenti ulteriori costi.**

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: BIPIEMME ASSICURAZIONI S.P.A. Gestione Reclami Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@bpmassicurazioni.it">reclami@bpmassicurazioni.it</a> PEC: <a href="mailto:bi piemmeassicurazionispa@legalmail.it">bi piemmeassicurazionispa@legalmail.it</a> L'impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98)(obbligatorio).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA.**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.**



BPM ASSICURAZIONI

# Polizza SOFTOP CPI SMALL BUSINESS

Credit Protection a premio annuo  
di tipo collettivo e facoltativo

*Il presente documento è stato redatto nel mese di dicembre 2018 e i dati in esso contenuti sono aggiornati a dicembre 2018*

# Condizioni di Assicurazione

## Polizza Cpi Small Business

### Sommario

#### GLOSSARIO

#### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

#### MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

#### QUESTIONARIO ANAMNESTICO (fac-simile)

#### MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

#### MODULO DI USCITA DALLA COPERTURA O RECESSO (fac-simile)

# GLOSSARIO

A	<b>Appendice</b>	Documento che forma parte della Convenzione e che viene emesso unitamente o in seguito a questa per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra le Compagnie e la Contraente.
	<b>Assicurato</b>	Persona fisica di età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti, che ricopre un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente la quale ha aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Azienda Aderente indica gli Assicurati e corrisponde i relativi premi. Sono assicurabili sino ad un massimo di 4 (quattro) persone per ciascun Finanziamento.
	<b>Assicurazione</b>	Il Contratto di assicurazione (Polizza Collettiva) e il suo contenuto.
	<b>Attività sportiva professionistica</b>	Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal cono e che conseguono la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal cono per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
	<b>Azienda Aderente</b>	La società – incluse le ditte individuali, gli studi associati e società di professionisti - intestataria di un Finanziamento, concesso dalla Contraente e che aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il premio e indicando gli Assicurati.
B	<b>Banca</b>	Banco BPM S.p.A.
	<b>Beneficiario</b>	Soggetto avente diritto a ricevere la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato è l'Azienda Aderente.
C	<b>Capitale assicurato</b>	Negli anni successivi all'anno di erogazione del Finanziamento, il debito residuo in linea capitale risultante al 1° gennaio di ogni anno, con i limiti previsti dall'ART. 3. Nel caso in cui intervenga un rimborso anticipato parziale del Finanziamento vale quanto indicato all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione. Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di 4 (quattro) persone. Il capitale assicurato si intenderà comunque equamente ripartito tra gli Assicurati.
	<b>Capitale assicurato iniziale</b>	L'importo indicato nel Modulo di Adesione, salvo il caso di rimborso anticipato parziale del Finanziamento per cui vale quanto indicato all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.
	<b>Capitale assicurato pro-quota</b>	È il capitale assicurato relativo alla singola posizione assicurata.



	<b>Cartella clinica</b>	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero ospedaliero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
	<b>Compagnia</b>	Bipiemme Assicurazioni S.p.A., con sede legale in via del Lauro, 1 - 20121 Milano.
	<b>Condizioni di Assicurazione</b>	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.
	<b>Contraente</b>	Banco BPM S.p.A., che ha stipulato la Polizza Collettiva nell'interesse delle Aziende Aderenti, propri clienti, che sottoscrivono Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.
	<b>Contratto di Assicurazione</b>	Contratto attraverso il quale l'Azienda Aderente trasferisce alla Compagnia un rischio al quale è esposta.
	<b>Convenzione assicurativa</b>	L'accordo sottoscritto tra la Compagnia e la Contraente. Tale convenzione stabilisce le modalità per la stipula, da parte dei clienti, delle coperture assicurative regolate dalle Condizioni di Assicurazione, facenti parte delle presenti Condizioni di Assicurazione.
	<b>Copertura assicurativa</b>	Le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva e in forza delle quali la Compagnia stessa è tenuta al pagamento della prestazione al verificarsi del sinistro a favore del Beneficiario.
<b>D</b>	<b>Data di decorrenza</b>	Le ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento all'Azienda Aderente da parte della Contraente a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto. Farà fede il giorno di pagamento del premio, indipendentemente dalla valuta applicata.
	<b>Debito residuo</b>	Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro, con esclusione di eventuali importi di rate mensili insolute prima del sinistro.
	<b>Decesso da infortunio</b>	La morte dell'Assicurato a seguito di infortunio.
	<b>Distributore</b>	Persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione, svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tali attività.
	<b>Durata del Finanziamento</b>	E' la somma tra il periodo di ammortamento e l'eventuale periodo di preammortamento del Finanziamento.
<b>E</b>	<b>Esclusioni</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla



		Compagnia.
F	<b>Finanziamento</b>	<p>È il Finanziamento con piano di ammortamento alla francese erogato dalla Banca all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la copertura assicurativa del presente Contratto di assicurazione.</p> <p>La durata del Finanziamento non può essere superiore a 60 (sessanta) mesi escluso il periodo di preammortamento di durata non superiore a 60 (sessanta) giorni.</p> <p>La rata mensile di rimborso del Finanziamento deve essere pagata secondo le modalità definite nel contratto di Finanziamento stesso.</p>
I	<b>Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia</b>	La perdita temporanea a seguito di infortunio o malattia, e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.
	<b>Indennizzo, Indennità, Prestazione</b>	Importo liquidabile dalla Compagnia in caso di sinistro in base alle Condizioni di Assicurazione.
	<b>Infortunio</b>	<p>Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.</p> <p>Sono considerati infortuni anche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>L'asfissia non di origine morbosa;</li> <li>L'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimenti di sostanze;</li> <li>L'annegamento; l'assideramento, il congelamento, la folgorazione i colpi di sole o di calore o di freddo;</li> <li>Le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici;</li> <li>Le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.</li> </ol>
	<b>Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia</b>	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%.
	<b>Istituto di Cura</b>	Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
	<b>IVASS</b>	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.
M	<b>Malattia</b>	Alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.



	<b>Modulo di Adesione</b>	Documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell' Azienda Aderente.
P	<b>Parti</b>	Azienda Aderente, Compagnia, Contraente e Assicurato.
	<b>Periodo di ammortamento</b>	È il periodo durante il quale è restituito gradualmente il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse. Tale periodo non può essere superiore a 60 (sessanta) mesi.
	<b>Periodo di carenza</b>	Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della copertura assicurativa durante il quale, per sinistri causati da malattia, le garanzie non sono operanti. Pertanto, se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
	<b>Periodo di franchigia</b>	Periodo di tempo – immediatamente successivo al sinistro - durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna indennità.
	<b>Periodo di preammortamento</b>	È il periodo che intercorre tra la data di erogazione del Finanziamento e la data di inizio del periodo di ammortamento. Durante tale periodo, è previsto il pagamento di rate composte da soli interessi. Il periodo di preammortamento non può essere superiore a 60 (sessanta) giorni.
	<b>Piano di ammortamento (valido al momento del sinistro)</b>	Il piano di rimborso del Finanziamento rilasciato all'Assicurato dalla Contraente al momento dell'erogazione del Finanziamento stesso; qualora il sinistro avvenga negli anni successivi al primo, il piano di ammortamento sarà pari al piano di rimborso al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento e conseguente rimborso parziale del premio annuo versato, il piano di rimborso rilasciato all' Assicurato al momento di detta estinzione parziale.
	<b>Polizza Collettiva</b>	E' la polizza n. 10000000183 stipulata fra la Contraente e la Compagnia nell'interesse delle Aziende Aderenti.
	<b>Posizione assicurata</b>	I dati afferenti all'Assicurato e contenuti nel relativo Modulo di Adesione.
	<b>Premio</b>	La somma dovuta alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.
R	<b>Rata mensile</b>	Rimborso mensile del finanziamento, così come calcolato dalla Contraente secondo il piano di ammortamento valido al momento del sinistro rilasciato all' Azienda Aderente. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia e Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia saranno determinati in ogni caso su base mensile (calcolati dividendo per 12 - dodici - la somma degli importi delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro).
	<b>Ricovero Ospedaliero da</b>	Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di



	<b>infortunio e malattia</b>	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. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.
S	<b>Sinistro</b>	Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
	<b>Surroga passiva</b>	Il trasferimento del Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.



# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il Contratto di adesione individuale alla Polizza Collettiva (di seguito il "Contratto") stipulata da Banco BPM S.p.A. (di seguito la "Contraente") con Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Compagnia").

Il Contratto è abbinabile al prestito (di seguito il "Finanziamento") stipulato tra l'Azienda Aderente intestataria del Finanziamento e la Contraente della Polizza Collettiva.

Il Contratto può essere stipulato solo contestualmente all'erogazione del Finanziamento, nei limiti e nei termini di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, di cui il Modulo di Adesione è parte integrante.

Gli obblighi della Compagnia dipendono esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione, dal Questionario Anamnestico e dalle eventuali Appendici rilasciate dalla Compagnia stessa.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto di assicurazione valgono le norme di legge applicabili.

## PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

### ART. 1. OGGETTO DELLA COPERTURA

Il presente Contratto di assicurazione, di cui alla Polizza Collettiva stipulata tra la Contraente e la Compagnia, comprende le seguenti coperture assicurative:

- Decesso da infortunio
- Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia
- Inabilità Temporanea Totale da infortunio e malattia
- Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia

Le coperture assicurative sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e sono prestate dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati e dell'Azienda Aderente. Le coperture assicurative sono prestate senza limiti territoriali.

### ART. 2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato e dell'Azienda Aderente - in particolare quelle fornite mediante la compilazione del "Questionario Anamnestico" - devono essere veritiere, corrette e complete al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia. L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali la Compagnia non avrebbe prestato il proprio consenso, o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia ha diritto:

A) quando esiste dolo o colpa grave:

- di rifiutare in caso di sinistro ed in ogni tempo qualsiasi pagamento qualora l'evento si verifichi prima che abbiano avuto conoscenza della dichiarazione inesatta e/o della reticenza o prima del decorso del termine di 3 (tre) mesi dall'avvenuta conoscenza;
- di dichiarare all'Assicurato di voler impugnare l'assicurazione entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

B) quando non esiste dolo o colpa grave:

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

- di ridurre, in caso di sinistro, le prestazioni in relazione al maggior rischio accertato;
- di recedere dal Contratto mediante dichiarazione da farsi entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di chiedere un incremento di premio corrispondente al rischio effettivo entro 3 (tre) mesi dal giorno in cui hanno conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

La Compagnia ha diritto alla parte di premio relativa al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento. Qualora la Compagnia intenda recedere dal Contratto darà comunicazione all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Assicurato il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di decorrenza del Contratto ed il giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

**Qualora sopravvenga un'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato prima della decorrenza delle garanzie che modifica le dichiarazioni riportate sul Questionario Anamnestico, l'Assicurato è tenuto ad informare la Contraente e/o la Compagnia, al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione. In questo caso la Compagnia si riserva il diritto di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio.**

### ART. 3. REQUISITI PER L'ASSICURABILITÀ E PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'**Azienda Aderente** può aderire alla Polizza Collettiva contestualmente alla sottoscrizione di un **Contratto di Finanziamento erogato** dalla Contraente, a condizione che:

- 1) la durata del periodo di ammortamento sia pari ad un massimo di 60 (sessanta) mesi, salvo il caso di eventuale rinegoziazione o moratoria del Contratto di Finanziamento, cui si può aggiungere un periodo di preammortamento pari ad un massimo di 60 (sessanta) giorni;
- 2) il capitale assicurato iniziale non sia superiore a Euro 200.000 (duecentomila); nel caso in cui l'Assicurato risulti coperto su più Finanziamenti assicurati con la Polizza Collettiva, la sommatoria delle quote parte dei capitali finanziati a lui attribuiti al momento della sottoscrizione di ciascun Finanziamento, incluso quello in oggetto, non potrà superare Euro 300.000 (trecentomila);
- 3) nel caso in cui l'Azienda Aderente abbia più Finanziamenti abbinati alla presente Polizza Collettiva, la sommatoria dei capitali finanziati per ciascun Finanziamento non potrà comunque superare Euro 500.000 (cinquecentomila).

È assicurabile ciascuna persona fisica che ricopra ruoli chiave nell'Azienda Aderente e che:

- a) abbia residenza in Italia;
- b) abbia compiuto i 18 (diciotto) anni di età;
- c) non abbia compiuto il 70° (settantesimo) anno di età alla scadenza del Finanziamento concesso dalla Contraente all'Azienda Aderente;
- d) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- e) **abbia risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento "Questionario Anamnestico MOD. QA005 ed. 2018/05" che costituisce parte integrante del presente Contratto. L'Azienda Aderente aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo - attraverso il proprio Legale Rappresentante - un Modulo di Adesione per ciascun Assicurato e pagando il premio.**

Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di 4 (quattro) persone. Il capitale assicurato ed il relativo indennizzo sarà ripartito pro-quota tra gli Assicurati.

**RESTA INTESO CHE LA COMPAGNIA SI RISERVA COMUNQUE SEMPRE LA FACOLTÀ DI ACCETTARE IL RISCHIO A PROPRIO INSINDACABILE GIUDIZIO**

### ART. 4. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

#### ART. 4.1. Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento "Questionario Anamnestico MOD. QA005 ed. 2017/01" e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Azienda Aderente. Farà fede il giorno di pagamento del premio, indipendentemente dalla valuta applicata.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

#### **ART. 4.2. Durata della copertura assicurativa**

La durata della copertura assicurativa non può essere superiore alla durata del Finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento pari a 60 (sessanta) giorni, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del Contratto di Finanziamento.

#### **ART. 5. CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa ha termine al verificarsi di uno dei seguenti eventi.

- 1) scadenza del Finanziamento;
- 2) per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- 3) per esercizio del diritto di recesso;
- 4) in caso di estinzione anticipata o surroga passiva del Finanziamento da parte dell'Azienda Aderente, salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative;
- 5) decesso dell'Assicurato;
- 6) liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia;
- 7) cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente.

Gli eventi di cui ai numeri 1), 2), 3) e 4) comportano la cessazione della copertura per tutti gli Assicurati, mentre nei casi di cui ai numeri 5), 6) e 7) la copertura assicurativa cessa per il solo Assicurato in relazione a cui l'evento si è verificato.

In nessun caso le Compagnie saranno obbligate a corrispondere alcuna prestazione per sinistri che si verifichino oltre il termine di durata delle coperture assicurative.

##### **ART. 5.1. Cessazione della copertura assicurativa per decesso da malattia**

In caso di decesso di un Assicurato dovuto a malattia, le garanzie cessano a partire dalla data del decesso. Tale evento deve essere comunicato alla Compagnia da parte dell'Azienda Aderente, anche per il tramite della Banca, inviando, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modulo di Uscita dalla copertura o Recesso consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione al momento dell'adesione.

In tal caso la Compagnia restituirà all'Azienda Aderente il rateo del premio annuo pro-quota relativo al periodo di assicurazione non goduto così come previsto al successivo ART. 7.

La copertura assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati ai medesimi termini e condizioni previsti dai singoli Moduli di Adesione.

##### **ART. 5.2. Cessazione della copertura assicurativa per Decesso da infortunio o Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia**

In caso di Decesso da infortunio o Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia dell'Assicurato indennizzabili secondo le presenti Condizioni di Assicurazione, le garanzie cessano a partire dalla data del decesso o liquidazione dell'indennizzo di Invalidità Permanente Totale.

La copertura assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati ai medesimi termini e condizioni previsti dai singoli Moduli di Adesione.

##### **ART. 5.3. Cessazione del rapporto tra Assicurato e Azienda Aderente**

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza, o associazione con l'Azienda Aderente, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità previsti al precedente ART. 3, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia anche per il tramite della Banca inviando, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modulo di Uscita dalla copertura o Recesso consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione consegnato al momento dell'adesione.

La copertura non sarà comunque più operante a partire dal giorno di cessazione del rapporto tra Assicurato e Azienda Aderente.

Ricevuta la comunicazione, la Compagnia restituirà all'Azienda Aderente il rateo del premio annuo pro-quota relativo al periodo di assicurazione non goduto così come previsto al successivo ART. 7.

La copertura assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati ai medesimi termini e condizioni previsti dai singoli moduli di adesione.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

#### ART. 5.4. Cessazione dell'attività d'impresa

In caso di cessazione, per qualsiasi motivo, dell'attività dell'Azienda Aderente, la copertura assicurativa non sarà più operante per tutti gli Assicurati dalla data di cessazione dell'attività d'impresa.

L'Azienda Aderente dovrà darne comunicazione alla Banca.

Ricevuta la comunicazione, all'Azienda Aderente sarà restituita la parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato così come previsto al successivo ART. 7.

#### ART. 6. PREMIO ASSICURATIVO

Il premio è annuo ed è dovuto dall'Azienda Aderente per tutta la durata del Contratto.

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente alla decorrenza del Contratto sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato iniziale per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti dalla data di decorrenza delle coperture assicurative e il 31 dicembre dello stesso anno, come di seguito indicato:

**Premio di perfezionamento iniziale** =  $t \times KAI \times di$

Ciascun premio annuo successivo sarà dovuto al 1° gennaio di ciascun anno per tutta la durata del Finanziamento, moltiplicando il capitale assicurato a tale data, per il tasso di premio, come di seguito indicato:

**Premio anni successivi** =  $t \times KA$

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente nell'anno di scadenza naturale del Finanziamento, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno, come di seguito indicato:

**Premio ultima annualità** =  $t \times KA \times df$

dove:

**Premio** = premio da corrispondere annualmente; il premio è comprensivo dell'imposta di assicurazione (pari al 2,50%) per le garanzie danni

**t** = tasso di premio 1,33% (uno virgola trentatré per cento)

**KAI** = capitale assicurato iniziale

**KA** = capitale assicurato al 1° gennaio di ogni anno

**di** = numero di giorni intercorrenti tra la data di decorrenza e il 31 dicembre dello stesso anno (diviso 365)

**df** = numero di giorni intercorrenti tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno

Il tasso di premio è unico e non è differenziato per sesso ed età dell'Assicurato.

Il pagamento di ciascun premio annuo avviene attraverso l'addebito dell'importo stabilito sul conto corrente indicato dall'Azienda Aderente e viene corrisposto alle Compagnie - alla data di decorrenza del Contratto e quindi al 1° gennaio di ciascun anno successivo - tramite la Banca, in forza del mandato irrevocabile conferito dall'Assicurato alla Banca stessa all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Le imposte sul premio, ove previste dalla normativa tempo per tempo vigente, sono a carico dell'Azienda Aderente.

#### ART. 7. ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO E SURROGA PASSIVA

In caso di anticipata estinzione o surroga passiva del Finanziamento (qualora non risultino sinistri aperti), le garanzie cessano per tutti gli Assicurati in copertura al momento dell'estinzione anticipata o surroga passiva. In tal caso, all'Azienda Aderente sarà restituito una somma pari al premio annuo pagato imponibile, al netto di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio indicati nel Modulo di Adesione, moltiplicato per il rapporto tra la durata residua della copertura assicurativa su base annuale (espressa in giorni dalla data di estinzione/trasferimento al 31 dicembre) e la durata della copertura (sempre espressa in giorni, 365 - trecentosessantacinque -, su base annuale):

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

	$P * (n - t)$
<b>Rimborso del premio =</b>	$\frac{\quad}{N}$

Dove:

**Premio** = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio;

**N** = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni);

**T** = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni).

Resta inteso che l'Azienda Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le coperture assicurative per tutti gli Assicurati, in copertura al momento della richiesta dandone informazione alla Banca entro la data di richiesta di estinzione anticipata o di surroga passiva del Finanziamento.

**In caso di corresponsione della prestazione per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente Totale il premio resta acquisito dalla Compagnia e non verrà quindi restituito.**

#### **ART. 8. RIMBORSO ANTICIPATO PARZIALE, RINEGOZIAZIONE E MORATORIA DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO**

Qualora l'Azienda Aderente proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata una parte del Finanziamento, la Compagnia, per l'anno in corso, restituirà all'Azienda Aderente, anche per il tramite della Contraente, la parte di premio annuo pagato relativo al periodo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell'estinzione parziale, secondo la seguente formula:

$$\text{Rimborso del premio} = P * ((C0 - C1) / C0) * (n - t) / n$$

dove:

**P** = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio

**C1** = nuovo capitale assicurato (dopo il rimborso anticipato parziale)

**C0** = capitale assicurato risultante al 1° gennaio dell'anno di estinzione parziale del Finanziamento

**n** = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

**t** = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

**La Compagnia ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.**

**Resta inteso che l'Azienda Aderente avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le coperture assicurative, operanti al momento della richiesta, dandone informazione alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale.**

Per gli anni successivi le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

In caso di rinegoziazione o moratoria del Finanziamento, le coperture assicurative continueranno ad operare sino all'eventuale nuova scadenza e le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno. Resta comunque inteso che la copertura assicurativa cesserà automaticamente al 31/12 dell'anno di compimento del 70° (settantesimo) anno di età dell'Assicurato.

#### **ART. 9. DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

**A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Azienda Aderente può recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.**

In tal caso, il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della presentazione della richiesta alla Banca o, nel caso di comunicazione mediante lettera raccomandata, dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di spedizione della stessa alla Compagnia. La Compagnia procederà, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato al precedente ART. 7.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

**A partire dalla prima ricorrenza annuale, l'Azienda Aderente può recedere dal Contratto con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.**

L'Azienda Aderente potrà esercitare tale facoltà inviando alla Compagnia l'apposito Modulo di Uscita dalla copertura o Recesso – consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione in fase di stipula - con lettera raccomandata A/R.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**

Via del Lauro n. 1  
20121 Milano

In alternativa alla comunicazione a mezzo lettera raccomandata se l'Assicurato è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata può inviare la richiesta di recesso all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: [gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it](mailto:gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it)

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

**ART. 10. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**ART. 11. PRESCRIZIONE**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**ART. 12. LEGGE APPLICABILE**

La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

**ART. 13. COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a:

**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**

Via del Lauro,  
20121 Milano.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

**ART. 14. FORO COMPETENTE**

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto, foro competente sarà quello del luogo di residenza o domicilio dell'Azienda Aderente, dell'Assicurato e/o suoi aventi causa.

**ART. 15. 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 in Italia dell'Assicurato e/o dell'Azienda Aderente. 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,

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

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 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 certificata all'indirizzo [bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it) ovvero a mezzo fax al n. 02. 859644.40.

**ART. 16. ONERI FISCALI**

Eventuali imposte ed altri oneri futuri, relativi al presente Contratto di assicurazione sono a carico dell'Azienda Aderente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

## PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

### ART. 17. CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

#### ART. 17.1. Copertura assicurativa per Decesso da infortunio

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio verificatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e fermi i massimali di cui all'ART. 18 e le esclusioni di cui all'ART. 19, la presente garanzia prevede il pagamento in un'unica soluzione, da parte della Compagnia all'Azienda Aderente di una somma pari al capitale assicurato al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale salvo il caso di cui all'ART. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di estinzione totale del Finanziamento cui la polizza è abbinata, la copertura assicurativa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

**Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro per Invalidità Totale Permanente.**

L'importo del capitale assicurato si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati. Tale somma è intesa al netto di eventuali importi di rate mensili insolute.

#### ART. 17.2. Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia

In caso di infortunio o malattia che comportino un'Invalidità Permanente Totale riconosciuta ed accertata di grado **pari o superiore al 60%** della totale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso di vigore della copertura assicurativa e fermi i massimali di cui all'ART. 18 e le esclusioni di cui all'ART. 19, la presente garanzia prevede il pagamento, in un'unica soluzione da parte della Compagnia all'Azienda Aderente di una somma pari all'importo del capitale assicurato al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale salvo il caso di cui all'ART. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione. L'importo del capitale assicurato si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati. 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 Permanente Totale verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra 6 (sei) e 18 (diciotto) 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.

Eventuali indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro o di Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale così come eventuali importi di rate mensili insolute.

**In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, sarà erogata a favore del Beneficiario la prestazione prevista per il caso di decesso.**

**In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'infortunio nelle more dell'accertamento dello stato di Invalidità Totale Permanente e prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, liquida al Beneficiario:**

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto

oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita con le modalità e nei termini stabiliti dal presente articolo e dall'ART. 21 – Denuncia dei sinistri.

**In ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di**

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 (sessanta) giorni: qualora l'Invalidità Permanente Totale dovuta a malattia venga diagnosticata nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.

La garanzia invalidità totale permanente da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

### **ART. 17.3. Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia**

In caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro causata da infortunio o malattia, verificatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e fermi i massimali di cui all'ART. 18 e le esclusioni di cui all'ART. 19, la presente garanzia prevede il pagamento di un'indennità pari alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale si rimanda a quanto indicato all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'importo della rata mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile al lavoro" se, a causa di infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

Il periodo di inabilità coincide con il periodo riportato nei certificati medici presentati dall'Assicurato.

**La copertura assicurativa è sottoposta:**

- 1. ad un periodo di franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa (data del certificato medico) o di Ricovero Ospedaliero;**
- 2. ad un periodo di carenza di 60 (sessanta) giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro da malattia venga notificata all'Assicurato nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta. La garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.**

**L'inabilità temporanea totale dovuta a mal di schiena e/o patologie assimilabili dovrà essere comprovata da esami radiologici e clinici.**

La prestazione prevista per il caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio o malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione della prestazione prevista dalla copertura assicurativa Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia. In caso di infortunio o malattia dal quale derivi un Ricovero Ospedaliero, la prestazione per l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro verrà liquidata trascorso il periodo di franchigia di 30 (trenta) giorni a decorrere dalla data di dimissione dall'ospedale.

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio o malattia, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Inabilità Temporanea Totale al lavoro – che dovessero occorrere allo stesso Assicurato - se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

### **ART. 17.4. Copertura assicurativa in caso di Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia**

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 alle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale si rimanda a quanto indicato all'ART. 8 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

L'importo della rata mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

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

Il periodo di Ricovero Ospedaliero coincide con il periodo riportato nella cartella clinica presentata dall'Assicurato.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione prevista dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia.

La garanzia Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia.

**La copertura assicurativa è sottoposta:**

- 1. ad un periodo di franchigia assoluta di 7 (sette) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero;**
- 2. ad un periodo di carenza di 60 (sessanta) giorni se il Ricovero Ospedaliero è dovuto a malattia: in questo caso, qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa ovvero qualora la malattia da cui deriva il Ricovero Ospedaliero dovesse essere diagnosticata entro 60 (sessanta) giorno dalla decorrenza della polizza, l'indennità non verrà corrisposta. La garanzia Ricovero Ospedaliero da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.**

Ai fini liquidativi, il conteggio dei giorni del periodo di Ricovero Ospedaliero considera il giorno di ricovero e quello di dimissioni come un unico giorno.

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi ricoveri ospedalieri – che dovessero occorrere allo stesso Assicurato - salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 90 (novanta) giorni consecutivi.

#### **ART. 18. MASSIMALI**

La copertura assicurativa è prestata con i seguenti limiti di indennizzo:

- a) Per i casi di decesso da infortunio e Inabilità Permanente Totale da infortunio e malattia l'indennizzo non potrà superare Euro 200.000 (duecentomila) per sinistro. Qualora l'Azienda Aderente indichi lo stesso Assicurato per più Finanziamenti abbinati alla Polizza Collettiva l'indennizzo non potrà superare Euro 300.000 (trecentomila) per sinistro da intendersi come somma del capitale assicurato iniziale per ciascun Finanziamento. Resta inteso che il capitale assicurato iniziale si intende ripartito pro-quota tra gli Assicurati;
- b) Per i casi di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia e di Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia, l'indennizzo non potrà superare Euro 2.000 (duemila) mensili per rata mensile indipendentemente dal numero degli Assicurati. L'indennizzo avverrà con il massimo di 12 (dodici) rate mensili per sinistro e 24 (ventiquattro) rate mensili per l'intera durata della copertura assicurativa. Tali limiti sono da intendersi validi anche qualora l'Assicurato sia coperto da più Finanziamenti abbinati alla Polizza Collettiva. Resta inteso che l'importo della rata mensile si intende equamente ripartito per il numero degli Assicurati. Qualora la rata mensile sia superiore al limite di cui sopra, sarà tale limite a dover essere ripartito per il numero degli Assicurati.

**Nel caso in cui l'Azienda Aderente stipuli più Finanziamenti, la somma dei capitali assicurati iniziali non potrà comunque superare Euro 500.000 (cinquecentomila).**

#### **ART. 19. ESCLUSIONI**

La copertura assicurativa non è operante nei seguenti casi:

- 1) Dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;**
- 2) Suicidio e tentativi di suicidio dell'Assicurato entro i primi 2 (due) anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione;**
- 3) 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;**
- 4) Incidenti di volo se l'Assicurato viaggia alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**



- 5) 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);
- 6) Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra. Verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 (quattordici) 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;
- 7) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 8) Contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 9) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro 3 (tre) mesi dal momento del sinistro;
- 10) Sinistri causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- 11) Sinistri causati da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 12) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 13) Operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 14) Cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni pre-esistenti alla data di decorrenza;
- 15) 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;
- 16) Dall'uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- 17) Dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 18) Conseguenze della pratica dei seguenti sport: pugilato, equitazione o partecipazione a concorsi ippici, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, scalate in cordata o in solitario, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili), immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, bungee jumping, tauromachia;
- 19) Tutte le attività sportive professionistiche salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 20) Conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali che comporti un compenso o una remunerazione;
- 21) Trasformazioni o assetamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, eccetera);
- 22) Svolgimento delle seguenti attività lavorative qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci.

## ART. 20. BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente Contratto è l'Azienda Aderente.  
L'Assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revoca o modifica del Beneficiario.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

## PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

### ART. 21. DENUNCIA DEI SINISTRI

*Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di assicurazione.*

**Il sinistro deve comunque essere tempestivamente denunciato alla Compagnia 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 (otto) alle ore 18:00 (diciotto).**

**Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Assicurato dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R, il Modulo di Denuncia sinistro – consegnato unitamente alle presenti Condizioni di Assicurazione – al seguente indirizzo:**

**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.  
c/o Blue Assistance  
via Santa Maria n.11,  
10122 – Torino**

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro nonché copia del contratto di Finanziamento.

L'Assicurato scioglie da ogni riserbo i medici curanti e consente le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di queste ultima.

**Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.**

#### Garanzia Decesso da infortunio

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva - relativo all'Assicurato denunciante il sinistro;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'ufficio di stato civile in carta semplice;
6. Certificato medico attestante la causa del decesso;
7. Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'infortunio che ha causato il decesso;
8. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente;
9. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
10. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
11. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

#### Garanzia Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**



dell'Azienda Aderente;

6. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
7. Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
8. Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
9. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
10. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

#### **Garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia**

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente;
6. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
7. Copia del certificato del pronto soccorso;
8. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
9. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale al lavoro);
10. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
11. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

#### **Garanzia Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia**

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente alle presenti Condizioni di Assicurazione);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente;
6. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
7. Copia del certificato del pronto soccorso, se presente;
8. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
9. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Ricovero Ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);
10. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
11. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

Inoltre, la presenza di particolari esigenze istruttorie, al fine di integrare le risultanze già acquisite, la Compagnia si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per la definizione delle circostanze in cui si è verificato il sinistro, quali:

- a. Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**



- b. Verbale dell'autorità giudiziaria intervenuta sul luogo del sinistro;
- c. Decreto di chiusura istruttoria emesso dalla procura della repubblica.

**N.B.: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente**

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016)

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

### A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

#### A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali;
- costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società;
- adempimento a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri);
- attività statistico-tariffarie e di profilazione della clientela;
- verifica e monitoraggio dei rischi finanziari.

Per la fornitura di tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

#### A.2 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

La Società potrà chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerLa aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Società o da società del gruppo di appartenenza delle stesse, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A.1 della presente informativa.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

### B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.



### **C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI**

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comuniciamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

### **D. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Bipiemme Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano – e-mail: [privacy@bpmvita.it](mailto:privacy@bpmvita.it)

### **E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

I Titolari del trattamento è Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro n. 1, 20121 Milano.



**MODULO DI ADESIONE**  
 alla **Polizza Collettiva 1000000183**  
**Tra Banco BPM S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**  
 SOFTOP CPI SMALL BUSINESS

**AGENZIA** ..... **N° ASSICURATI** ..... **(massimo 4)**  
 (compilare un modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato)

**DATI DEL FINANZIAMENTO**

Banca erogante (Contraente della polizza): Banco BPM S.p.A.

Finanziamento n°: ..... Capitale assicurato iniziale: € .....

Scadenza: ..... Durata del periodo di ammortamento (in mesi): .....

**DATI DELL'AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA**

Ragione Sociale: .....

Ndg: ..... Partita Iva: .....

Città: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

**DATI DELL'ASSICURATO**

Cognome: ..... Nome: .....

Ndg: ..... Nato il: .....

**L'Azienda Aderente e l'Assicurato, avendo richiesto l'erogazione del Finanziamento,**

**PRENDONO ATTO CHE:**

- ai sensi dell'articolo 1891 del Codice Civile, la Banca ha stipulato con Bipiemme Assicurazioni S.p.A. una convenzione per la copertura dei rischi decesso da infortunio, invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia, inabilità temporanea totale da infortunio e malattia e ricovero ospedaliero da infortunio e malattia cui possono aderire le Aziende che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con la Banca;
- **la polizza ha carattere facoltativo e che l'erogazione del Finanziamento da parte della Banca non è in alcun modo condizionato all'adesione alla polizza stessa;**
- le suddette coperture assicurative sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi l'evento, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- il tasso di premio è comprensivo del 2,50% d'imposta per le coperture danni;
- la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno della data di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- l'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Azienda Aderente di un premio annuo, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse;
- **in assenza di sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza;**
- **è possibile recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
- **unico Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente Contratto è l'Azienda Aderente. L'Assicurato rinuncia sin d'ora ad ogni pretesa connessa e inerente alle prestazioni stesse;**
- **il numero di rate rimborsabili dalla Compagnia nell'ipotesi in cui si verifichi l'evento Inabilità Temporanea Totale e/o Ricovero Ospedaliero è inferiore al numero totale di rate del Finanziamento.**

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....



Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome (in stampatello) .....

Firma .....

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- di essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- di avere ricevuto e letto attentamente il Questionario Anamnestico e di aver risposto negativamente a ciascuna domanda non avendo omesso alcuna risposta;
- di prestare il proprio consenso alla conclusione del Contratto assicurativo ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

L'Assicurato dichiara inoltre di essere a conoscenza:

- che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal contratto è l'Azienda Aderente;
- che le credenziali di accesso all'area riservata del sito internet, al fine di poter consultare la propria posizione assicurativa, possono essere richieste a Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....

## AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni rilasciate, ivi comprese quelle fornite nel Questionario Anamnestico. L'Assicurato può inoltre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo di tale visita rimane interamente a suo carico.

## DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Coperture assicurative previste

Decesso da infortuni - Invalidità Totale Permanente da infortuni e malattia – Inabilità Temporanea Totale da infortuni e malattia - Ricovero Ospedaliero da infortuni e malattia

Durata dell'assicurazione: .....  
 pari alla durata del Finanziamento (compreso l'eventuale periodo di preammortamento)

Capitale assicurato iniziale: € ..... Capitale assicurato iniziale pro quota: € .....

Premio tot. lordo pro quota al momento dell'adesione: € ..... così composto:

	Dettaglio Polizza	Totale
<b>Premio totale lordo</b>	€	€
di cui imposte	€	€
<b>Costi complessivi</b> (spese di acquisizione e gestione)	€	€
di cui importo percepito dal Distributore	€	€
<b>Costi di emissione del Contratto</b>	€	€
<b>Costi di rimborso del Contratto</b>	€	€

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome (in stampatello) .....

Firma .....

## PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è eseguito annualmente per tutta la durata del Contratto mediante addebito dell'importo stabilito sul conto corrente indicato dall'Azienda Aderente.

**INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE**

L'Azienda Aderente, ai sensi della normativa vigente, dichiara:

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente modulo, i singoli documenti (DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario) che costituiscono il Set Informativo;
- di aver letto, compreso e accettato le Condizioni di Assicurazione e di voler stipulare la presente Polizza.

Luogo e Data ..... Legale Rappresentante Azienda Aderente:  
 Nome e Cognome (in stampatello) .....  
 Firma .....



**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Azienda Aderente dichiara di approvare espressamente le seguenti clausole contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

**Art. 4 (DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA), Art. 5 (CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA), Art. 6 (PREMIO), Art. 17 (CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE), Art. 18 (MASSIMALI), Art. 18 (ESCLUSIONI), Art. 20 (BENEFICIARI), Art. 21 (DENUNCIA DEI SINISTRI).**

Luogo e Data ..... Legale Rappresentante Azienda Aderente:  
 Nome e Cognome (in stampatello) .....  
 Firma .....



**CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'Informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di prendere atto che il trattamento dei dati personali, anche "particolari", propri o di terzi, conferiti in sede di stipula del contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Luogo e Data ..... Firma Assicurato .....  
 Legale Rappresentante Azienda Aderente:  
 Nome e Cognome (in stampatello) .....  
 Firma .....



\*\*\*\*\*

Luogo e Data ..... Firma Distributore .....

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO (fac simile)

per l'adesione alla  
**Polizza Collettiva CPI Small Business n.10000000183**

**Il presente Questionario deve essere compilato integralmente, senza omettere alcuna risposta, a cura dell'assicurato e deve essere sottoscritto in calce dall'Assicurato stesso a conferma delle dichiarazioni sotto riportate.**

### DATI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome ..... Data di nascita .....

Domiciliato in ..... Cap ..... Prov. ....

Via ..... Telefono .....

Indirizzo e-mail .....

### DATI DEL FINANZIAMENTO

Numero Finanziamento ..... Scadenza .....

Cliente (Ragione Sociale e P.I. Azienda Aderente) .....

Durata del Finanziamento al momento dell'adesione (in mesi) .....

Importo del Finanziamento richiesto € .....

### DATI DELLA FILIALE

Filiale ..... Operatore ..... Firma Operatore .....

### DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

ATTENZIONE: RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE BARRANDO SI/NO

- 1) Soffre di morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi a placche?
- 2) Soffre o ha sofferto di sieropositività per HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?
- 3) Soffre o ha sofferto di dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcool?
- 4) E' titolare di una pensione di invalidità o sta per avviare una procedura di richiesta d'invalidità maggiore o uguale al 66%?
- 5) Ha sofferto o soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie:
  - neoplasie maligne e leucemie,
  - valvulopatie, coronaropatie, infarto del miocardio, ipertensione arteriosa grave - ovvero pressione arteriosa minima almeno pari a 120 e/o pressione arteriosa massima almeno pari a 210,
  - cirrosi epatica, epatopatie croniche attive, HBV e HCV correlate, pancreatite,
  - miastenia grave,
  - ictus, aneurismi, pregresse emorragie cerebrali, infezioni ed ascessi cerebrali, malattie del midollo spinale,

SI	NO



▪ insufficienza renale cronica.

- 6) La differenza tra la sua altezza (in cm) ed il suo peso (in kg) è inferiore a 70 o superiore a 125? Indicare: altezza in cm ..... – peso in kg ..... = .....
- 7) Ha avuto altre assicurazioni a protezione della sua salute stornate per sinistro negli ultimi 3 anni?
- 8) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita? Oppure un'accettazione a condizioni particolari?

SI  NO

SI  NO

SI  NO

## DICHIARAZIONI

Io sottoscritto:

- dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte della Compagnia (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);
- prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Compagnia stessa comunicate ad altre persone od enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il presente Questionario Anamnestico forma parte integrante dell'emittenda Polizza n. N.10000000183.

Luogo e Data ..... Firma dell'Assicurato .....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa consegnatami sulla protezione e trattamento dei dati personali comuni e sensibili, 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 dell'Assicurato .....

**QUALORA SOPRAVVENGA UN'EVOLUZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO PRIMA DELLA DECORRENZA DELLE GARANZIE CHE MODIFICA LE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL PRESENTE DOCUMENTO, L'ASSICURATO È TENUTO AD INFORMARE LA CONTRAENTE E/O LE COMPAGNIE, AL FINE DI ESPLETARE NUOVAMENTE LE FORMALITÀ DI ADESIONE. IN QUESTO CASO LE COMPAGNIE SI RISERVANO IL DIRITTO DI RIVEDERE LE CONDIZIONI DI ACCETTAZIONE O DI RIFIUTARE IL RISCHIO.**



## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Polizza Collettiva n. 10000000183

“SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

Il sinistro deve essere tempestivamente denunciato telefonando al n° verde 800 055 177 (dall'Italia), o al n° +39 011 74 17 266 (dall'estero) e successivamente trasmettendo via raccomandata A/R il presente modulo, al seguente indirizzo:



Spett.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.  
c/o Blue Assistance  
via Santa Maria n. 11  
10122 - Torino

N° sinistro comunicato dal n° verde o dal n° previsto per l'estero: .....

Finanziamento n°: ..... N° Assicurati: .....

### Dati dell'Azienda intestataria del Finanziamento e Aderente alla Polizza:

Ragione Sociale: .....

Ndg: ..... Partita Iva: .....

Città: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

Iban del c/c intestato all'Azienda Aderente: .....

Cognome e Nome Rappresentante Legale: .....

### Dati del Rappresentante Legale dell'Azienda Aderente e che sottoscrive il presente Modulo di Denuncia riferisce:

Cognome e Nome: .....

Ndg: ..... Codice Fiscale: .....

Comune di nascita: ..... Prov: ..... Cap: .....

Comune di residenza: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

### Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome: .....

Ndg: ..... Codice Fiscale: .....

Comune di nascita: ..... Prov: ..... Cap: .....

Comune di residenza: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

### Sinistro (da inviare sempre i documenti di seguito indicati):

- Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva relativo all'Assicurato denunciante il sinistro;
- Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.



- o Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
- o Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
- o Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.

**Inoltre, specificatamente alla garanzia richiamata:**

(barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo ed allegare i documenti indicati)

**Decesso da infortunio**

- o Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio Di Stato Civile in carta semplice;
- o Certificato medico attestante la causa del decesso;
- o Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'infortunio che ha causato il decesso.

**Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia**

- o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente.

**Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia**

- o Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale al lavoro).

**Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia**

- o Copia del certificato del Pronto Soccorso, se presente;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Ricovero Ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

**Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente alle Condizioni di Assicurazione, il sottoscritto dichiara inoltre 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.**

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome in stampatello: .....

Luogo e Data ..... Firma: .....



**La Compagnia si riserva di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro nonché copia del contratto di Finanziamento.**



## MODULO DI USCITA DALLA COPERTURA O RECESSO (fac simile)

Polizza Collettiva n. 10000000183

“SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

### BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE:

- CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO TRA ASSICURATO E AZIENDA ADERENTE
- DECESSO DA MALATTIA DELL'ASSICURATO
- RECESSO

Spett.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.  
Via del Lauro, 1  
20121 - Milano

### Estremi del Finanziamento:

Finanziamento n°: ..... Scadenza: .....

Banca: ..... Agenzia: .....

### Dati dell'Azienda intestataria del Finanziamento e Aderente alla Polizza:

Ragione Sociale: .....

Ndg: ..... Partita Iva: .....

Città: ..... Prov: ..... cap: .....

Indirizzo: .....

Iban del c/c intestato all'Azienda Aderente: .....

Cognome e Nome Rappresentante Legale: .....

### Dati Assicurato/i per cui è richiesta l'uscita dalla copertura o il recesso:

In caso di richiesta di recesso è necessario indicare i nominativi di tutti gli Assicurati

#### 1° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....

Data di accadimento dell'evento: .....

(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

#### 2° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....

Data di accadimento dell'evento: .....

(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

#### 3° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....



Data di accadimento dell'evento: .....

(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

#### 4° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....

Data di accadimento dell'evento: .....

(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

**Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto inoltre che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000183, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il trattamento dei dati.**

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome in stampatello: .....

Luogo e Data ..... Firma: .....



FAC-SMILE