



## ***Polizza CPI Mutui Privati***

Contratto di Assicurazione

Credit Protection a premio unico di tipo collettivo e facoltativo  
abbinato ai mutui privati erogati/surrogati/accolti dagli Istituti appartenenti al  
Gruppo Bipiemme  
Collettiva N° 10000000180  
Ed. 03/2015

**Per i casi di: Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia - Ricovero  
Ospedaliero – Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia –  
Perdita Involontaria d’impiego – Malattia Grave**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva di  
Glossario, Condizioni di Assicurazione e Fac-simili dei Moduli di Adesione DEVE  
ESSERE CONSEGNATO ALL’ADERENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE  
DEL CONTRATTO O, DOVE PREVISTA, DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**



BIPIEMME  
ASSICURAZIONI

GRUPE  
CO  
vea

## NOTA INFORMATIVA

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP<sup>1</sup> n.35 del 26 maggio 2010)

### POLIZZA COLLETTIVA CPI MUTUI PRIVATI n°10000000180

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

Coperture Danni: Invalità Totale Permanente da infortunio e malattia – Ricovero Ospedaliero – Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia – Perdita Involontaria d'Impiego – Malattia Grave.

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

*Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.*

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

##### 1) Informazioni generali

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

Telefono (+39) 02 72235.081 - Fax (+39) 02 72235.080 - Sito internet [www.bpmassicurazioni.it](http://www.bpmassicurazioni.it) - Indirizzo di posta elettronica [info@bpmassicurazioni.it](mailto:info@bpmassicurazioni.it).

##### 2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Al 31/12/2013, il Patrimonio Netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 16.989.805, di cui il capitale sociale ammonta a € 19.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 4.751.699. L'indice di solvibilità - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente – è pari al 230,89%.

<sup>1</sup> Con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135 è stato istituito l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - che è succeduto in tutti i poteri funzioni e competenze dell'ISVAP.

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

**B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

**AVVERTENZE: Il contratto di assicurazione non prevede il tacito rinnovo e le coperture assicurative cessano nei casi previsti all'Art. 5 - "Decorrenza e durata della copertura assicurativa" delle Condizioni di Assicurazione.**

**3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

La presente Nota Informativa si riferisce ad un Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad *adesione* facoltativa operante in applicazione di una Convenzione che la *Contraente* ha stipulato con la *Compagnia*; non è necessario, pertanto, la sua sottoscrizione al fine di ottenere il *mutuo* alle condizioni proposte.

Di seguito si riporta uno schema relativo all'attivazione delle garanzie in base alla professione dell'*Assicurato* al momento del *sinistro* e una descrizione sintetica delle relative prestazioni assicurative offerte. Le garanzie diverse dall'Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia e dal Ricovero Ospedaliero sono attivate alternativamente in base allo stato lavorativo dell'*Assicurato* al momento del *sinistro*.

GARANZIE	PROFESSIONE (al momento del <i>sinistro</i> )			
	LAVORATORI AUTONOMI	LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	NON LAVORATORI
INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE	SI	SI	SI	SI
RICOVERO OSPEDALIERO	SI	SI	SI	SI
INABILITA' TEMPORANEA TOTALE	SI	NO	NO	NO
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	NO	NO	SI	NO
MALATTIA GRAVE	NO	SI	NO	SI

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

- INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (valida per tutti gli *Assicurati*):** la Compagnia liquida, a postumi stabilizzati, una somma pari al *debito residuo*, alla data del *sinistro*, nel caso di *infortunio* o *malattia* dell'*Assicurato* verificatosi durante il periodo di validità della *copertura assicurativa*, da cui ne derivi un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, di grado pari o superiore al 60% della totale. La garanzia è regolamentata all'Art. 30 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

**AVVERTENZE: la garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali le coperture assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della *Contraente* e dell'*Assicurato* sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art.1 – Coperture assicurative, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'*Assicurato*,**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 30 – Prestazione in caso di Invalidità Permanente da infortunio e malattia,**

**Parte III – Esclusioni: Art. 45 – Esclusioni, nonché nelle definizioni del Glossario.**

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

**AVVERTENZE: la garanzia prevede l'applicazione di franchigie e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 30 – Prestazione in caso di Invalidità Permanente da infortunio e malattia.**

**Di seguito si riporta un esempio.**

ESEMPIO		
IMPORTO DEL MUTUO	€ 100.000	
N° INTESATARI DEL MUTUO/ASSICURATI	1	
DEBITO RESIDUO (alla data dell'evento che ha determinato l'Invalidità Totale Permanente)	€ 50.000	
POSTUMI DA INVALIDITA' PERMANENTE (stabilizzati)	60%	50%
<b>INDENNIZZO</b>	<b>€ 50.000</b>	<b>NESSUNO<sup>1</sup></b>
<sup>1</sup> L' Invalidità Totale Permanente accertata è inferiore alla franchigia, non si darà luogo ad alcun indennizzo		

- **RICOVERO OSPEDALIERO (valida per tutti gli Assicurati):** in caso di ricovero ospedaliero in Istituto di Cura, dovuto a infortunio o malattia, la Compagnia corrisponde una somma pari all'importo della rata mensile o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) così come risultante dal piano di ammortamento originario e che hanno scadenza durante il periodo di ricovero ospedaliero. La garanzia è regolamentata all'Art. 31 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

**AVVERTENZE: la garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali le coperture assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art.1 – Coperture assicurative, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato,**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 31 – Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero,**

**Parte III – Esclusioni: Art. 45 – Esclusioni, nonché nelle definizioni del Glossario.**

**AVVERTENZE: la garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 31 – Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero, Art. 32 – Franchigia, Art. 33 – Carenza, Art. 34 – Denunce successive.**

**Di seguito si riportano alcune esemplificazioni.**

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

<b>ESEMPIO</b>	
<b>EVENTO</b>	<b>INDENNIZZO</b>
RICOVERO OSPEDALIERO PARI A <b>6 GIORNI</b>	NESSUNO <sup>1</sup>
RICOVERO OSPEDALIERO PARI A <b>12 GIORNI</b> (Ricovero successivo ai 60 giorni di <i>carezza</i> dalla data di <i>decorrenza della copertura assicurativa</i> ) <sup>2</sup>	<p>INDENNIZZO PARI AD 1 RATA IN SCADENZA DEL PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO, CON I LIMITI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DI € 2.000 QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA IN FASE DI STIPULA PRECEDENTE L'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA DELL'ACCOLLO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO;</li> <li>○ DI € 1.500 QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul>
RICOVERO OSPEDALIERO PARI A <b>15 MESI</b> (Ricovero successivo ai 60 giorni di <i>carezza</i> dalla data di <i>decorrenza della copertura assicurativa</i> ) <sup>2</sup>	<p>INDENNIZZO COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PARI A 12 RATE CON IL LIMITE DI € 2.000 PER RATA QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA IN FASE DI STIPULA DEL CONTRATTO DI MUTUO PRECEDENTE L'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI EROGAZIONE/ SURROGA/CONFERMA DELL'ACCOLLO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO;</li> <li>○ PARI A 10 RATE COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO CON IL LIMITE DI € 1.500 PER RATA, QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA AVVENGA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE /SURROGA DEL MUTUO/ MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul>
RICOVERO OSPEDALIERO AVVENUTO NEI PRIMI <b>60 GIORNI (CARENZA)</b> DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA <sup>2</sup>	NESSUNO <sup>3</sup>
<p><sup>1</sup> Nessun <i>indennizzo</i> liquidato perché il <i>sinistro</i> è in <i>franchigia</i>.</p> <p><sup>2</sup> Si precisa che :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di <i>ricovero ospedaliero</i> dovuto ad <i>infortunio</i>, la <i>Compagnia</i> non applica i 60 giorni di <i>carezza</i>;</li> <li>– qualora il <i>ricovero ospedaliero</i> da <i>malattia</i> avvenga in un periodo successivo alla <i>carezza</i> e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 giorni di vigenza del contratto il <i>sinistro</i> non è comunque indennizzabile.</li> </ul> <p><sup>3</sup> Nessun <i>indennizzo</i> in quanto il <i>sinistro</i> si è verificato nel periodo di <i>carezza</i> della <i>copertura assicurativa</i>.</p>	

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

- INABILITA' TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo agli Assicurati che, al momento del sinistro, siano lavoratori autonomi):** nel caso di *Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia*, la *Compagnia* liquiderà una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal *piano di ammortamento originario* e che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa. La garanzia è regolamentata all'Art. 35 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

**AVVERTENZE:** la garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali le coperture assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione:** Art.1 – Coperture assicurative, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato,

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione:** Art. 35 – Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia,

**Parte III – Esclusioni:** Art. 45 – Esclusioni, nonché nelle definizioni del Glossario.

**AVVERTENZE:** la garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione:** Art. 35 – Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Art. 36 – Franchigia, Art. 37 – Carenza, Art. 38 – Denunce successive.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni.

ESEMPIO	
EVENTO	INDENNIZZO
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA PARI A 24 GIORNI	NESSUNO <sup>1</sup>
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA PARI A 34 GIORNI (Inabilità successiva al periodo di 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa) <sup>2</sup>	SE LA RATA È IN SCADENZA TRA IL 31° E IL 34° GIORNO DI INABILITÀ CERTIFICATA, LIQUIDAZIONE DI UNA RATA DI IMPORTO COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO CON I LIMITI: <ul style="list-style-type: none"> <li>o DI € 2.000 QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA ALL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO;</li> </ul>

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ DI € 1.500 QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul> <p>SE LA RATA È IN SCADENZA SUCCESSIVAMENTE AL 34° GIORNO DI INABILITÀ CERTIFICATA NESSUN INDENNIZZO.</p>
<p><b>INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA PARI A 15 MESI</b> (inabilità successiva al periodo di 30 giorni (<i>carezza</i>) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa)<sup>2</sup></p>	<p>INDENNIZZO COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PARI A 12 RATE CON IL LIMITE DI € 2.000 PER RATA QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA IN FASE DI STIPULA DEL CONTRATTO DI MUTUO PRECEDENTE L'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA DELL'ACCOLLO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO;</li> <li>○ PARI A 10 RATE COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO CON IL LIMITE DI € 1.500 PER RATA, QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA AVVENGA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul>
<p>INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA PER MALATTIA INSORTA NEI PRIMI <b>30 GIORNI</b> (CARENZA) DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA<sup>2</sup></p>	<p>NESSUNO<sup>3</sup></p>
<p><sup>1</sup> Nessun <i>indennizzo</i> liquidato perché il sinistro è in <i>franchigia</i> (30 giorni) .</p> <p><sup>2</sup> Si precisa che :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di inabilità dovuta ad <i>infortunio</i>, la <i>Compagnia</i> non applica i 30 giorni di <i>carezza</i>;</li> <li>– qualora l'inabilità avvenga in un periodo successivo alla <i>carezza</i> e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 giorni di vigenza del contratto il <i>sinistro</i> non è comunque indennizzabile.</li> </ul> <p><sup>3</sup> Nessun <i>indennizzo</i> in quanto il <i>sinistro</i> si è verificato nel periodo di <i>carezza</i> della <i>copertura assicurativa</i>.</p>	

- **PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata solo agli Assicurati che, al momento del sinistro, siano lavoratori dipendenti privati):** in caso di Perdita Involontaria di Impiego la *Compagnia* liquiderà mensilmente, una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso

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

frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal *piano di ammortamento originario* e che hanno scadenza durante il restante periodo della *disoccupazione* stessa. La garanzia è regolamentata all'Art. 39 della Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

**Tale garanzia è prestata con il limite massimo di 10 anni dalla data di attivazione della copertura assicurativa (come previsto all'Art. 5 della Parte I delle Condizioni di Assicurazione).**

**AVVERTENZE: la garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali le coperture assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art.1 – Coperture assicurative, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato,**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 39 – Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego,**

**Parte III – Esclusioni: Art. 45 – Esclusioni, nonché nelle definizioni del Glossario.**

**AVVERTENZE: la garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**Parte I – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato**

**Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 39 – Prestazione in caso di Perdita Involontaria di Impiego, Art. 40 – Carenza, Art. 41 – Franchigia, Art. 42 – Denunce successive.**

**Di seguito si riportano alcune esemplificazioni.**

ESEMPIO	
EVENTO	INDENNIZZO
<p>PERDITA D'IMPIEGO PER CHIUSURA DELL'AZIENDA E SUCCESSIVA AL PERIODO DI CARENZA DALLA DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA</p>	<p>LIQUIDAZIONE DELLE RATE MENSILI IN SCADENZA, NEL PERDURARE DELLO STATO DI DISOCCUPAZIONE, FINO AD UN MASSIMO DI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 12 RATE COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO E SCADENTI DOPO IL 30° GIORNO DI FRANCHIGIA, CON IL LIMITE DI € 2.000 PER RATA QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA IN FASE DI STIPULA DEL CONTRATTO DI MUTUO PRECEDENTE L'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA DELL'ACCOLLO/MESSA IN COPERTURA DEL CAPITALE MUTUATO;</li> </ul>

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



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ INDENNIZZO PARI A 10 RATE COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO E SCADENTI DOPO IL 30° GIORNO DI FRANCHIGIA, CON IL LIMITE DI € 1.200 PER RATA, QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN COPERTURA DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul>
PERDITA D'IMPIEGO PER DIMISSIONI DEL DIPENDENTE	NESSUN INDENNIZZO LIQUIDATO
PERDITA D'IMPIEGO DURANTE IL PERIODO DI CARENZA	NESSUN INDENNIZZO LIQUIDATO

- **MALATTIA GRAVE** (garanzia riservata solo agli *Assicurati* che, al momento del *sinistro*, siano *lavoratori dipendenti pubblici o non lavoratori*): nel caso in cui all'*Assicurato* durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una *malattia grave* la Compagnia, corrisponde, in un'unica soluzione, un *indennizzo* così come regolamentato all'art. 43 della Parte II – Condizioni Particolari di Assicurazione.

**AVVERTENZE:** la garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali le coperture assicurative non operano o sono sospese. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

**Parte I** – Condizioni Generali di Assicurazione: Art.1 – Coperture assicurative, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato,

**Parte II** – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 43 – Prestazione in caso di Malattia Grave,

**Parte III** – Esclusioni: Art. 45 – Esclusioni,

nonché nelle definizioni del Glossario.

**AVVERTENZE:** la garanzia prevede l'applicazione di carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

**Parte I** – Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali, Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato

**Parte II** – Condizioni Particolari di Assicurazione: Art. 43 – Prestazione in caso di Malattia Grave, Art. 44 – Carenza.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni.

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

ESEMPIO	
EVENTO	INDENNIZZO
DIAGNOSI DI MALATTIA GRAVE SUCCESSIVA AL PERIODO DI CARENZA	RATA MENSILE COME DA PIANO DI AMMORTAMENTO ORIGINARIO IN SCADENZA SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DI DIAGNOSI DELLA MALATTIA GRAVE (ES. RATA MUTUO PARI A € 1.000). LIQUIDAZIONE DI UN INDENNIZZO PARI A : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ € 12.000 (12 RATE DA € 1.000,00) QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA IN FASE DI STIPULA DEL CONTRATTO DI MUTUO PRECEDENTE L'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO O ENTRO IL 90° GIORNO DALLA DATA DI EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA DELL'ACCOLLO/MESSA IN COPERTURA DEL CAPITALE MUTUATO;</li> <li>○ € 10.000 (10 RATE DA € 1.000,00) QUALORA L'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA SIA AVVENUTA OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DELL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN COPERTURA DEL CAPITALE MUTUATO O OLTRE IL 90° GIORNO DALLA DATA DI CONFERMA DELL'ACCOLLO.</li> </ul>
DIAGNOSI DI MALATTIA DURANTE IL PERIODO DI CARENZA	NESSUN INDENNIZZO LIQUIDATO

Le *coperture assicurative* Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave operano alternativamente in funzione dello stato lavorativo o posizione professionale dell'Assicurato al momento del *sinistro*.

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

**AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia agli Artt. 6 e 28 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

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

**AVVERTENZA: le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla Legge.**

#### 5) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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

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

*Esempio: qualora l'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto sia lavoratore autonomo e, durante il periodo di copertura assicurativa, diventi lavoratore dipendente, automaticamente perderà il diritto all'indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da infortunio e malattia acquisendo quello per la Perdita Involontaria d'Impiego, in presenza dei requisiti previsti da questa copertura.*

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

## 6) Premi

Le *coperture assicurative* vengono prestate dietro pagamento in via anticipata di un *premio* unico calcolato moltiplicando il tasso lordo per il *capitale assicurato*.

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

**Per i dettagli si rimanda all'Art. 9 – "Pagamento del premio" delle Condizioni di Assicurazione.**

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

### 6.1 Costi gravanti sul premio

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

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

<b>COSTO %</b>
53,00%

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

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

<b>QUOTA PARTE PERCEPITA DAGLI ISTITUTI INTERMEDIARI</b>
81,13%

Di seguito si riporta un esempio.

<b>ESEMPIO</b>	
CAPITALE ASSICURATO	€ 100.000
PREMIO UNICO (lordo imposte; € 2.439,02 al netto delle imposte)	€ 2.500
COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA (costi trattenuti a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto di assicurazione)	€ 1.292,68
IMPORTO PERCEPITO DAGLI ISTITUTI INTERMEDIARI (importo compreso nella voce precedente "COSTI TRATTENUTI DALLA COMPAGNIA")	(€ 1.048,75)

### 6.2 Estinzione anticipata, acollo, surroga passiva del contratto di mutuo

**AVVERTENZA:** *Si precisa che in caso di estinzione anticipata del contratto di mutuo, qualora non risultino sinistri, l'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza prevista dal piano di ammortamento originario.*

*In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza del piano di ammortamento originario. In tale caso, le prestazioni saranno quantificate e liquidate sulla base del piano di ammortamento originario.*

**Per i dettagli si rinvia all'Art. 7 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

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

7) **Rivalse**

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

8) **Diritto di recesso**

**AVVERTENZA:** *L'Assicurato può recedere dal contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.*

*I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati all'Art. 25 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.*

9) **Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

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

10) **Legge applicabile al contratto**

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11) **Regime fiscale**

Al contratto si applica il trattamento fiscale italiano.

I Premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore, ossia 2,5%.

**C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

12) **Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

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

*Numero Verde 800.055.177 (per Italia),*

*Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),*

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

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

*Bipiemme Assicurazioni*

*c/o BLUE ASSISTANCE*

*C.so Svizzera, 185*

*10149 – TORINO*

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

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

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

### 13) **Reclami**

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

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

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: [reclami@bpmassicurazioni.it](mailto:reclami@bpmassicurazioni.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Fax 06.42.13.37.45 o 06.42.13.33.53..

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

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

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

### 14) **Arbitrato e Mediazione per la conciliazione delle controversie**

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'Assicurato.

**AVVERTENZA: In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.  
Per i dettagli si veda il punto Art. 23 della Parte I - Condizioni Generali di Assicurazione.**

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### 15) **Modalità di perfezionamento del contratto ed efficacia della copertura assicurativa**

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

### 16) **Promozione a distanza delle coperture assicurative**

Nel caso di promozione e collocamento della *copertura assicurativa* mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato, prima di essere vincolato da un contratto, deve essere informato:

- a. del diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b. del diritto di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della predetta documentazione su

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

supporto cartaceo;

- c. della circostanza che per la sottoscrizione e la ritrasmissione del contratto firmato, inviato dall'impresa stessa all'Assicurato, potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole.

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

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

#### **17) Revoca dell'adesione e diritto di ripensamento**

**AVVERTENZA: Il contratto prevede il diritto per l'Assicurato di revocare la propria adesione e, nel caso di vendita a distanza, il diritto al ripensamento.**

**I termini e le modalità per esercitare tale diritti sono indicati agli Artt. 11, 11.1 e 11.2 della Parte I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

#### **18) Lingua utilizzabile**

La polizza viene redatta in lingua italiana.

#### **19) Informazioni relative alla Compagnia**

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

#### **20) Conflitto di interessi**

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla circostanza che il contratto descritto nella presente Nota Informativa è promosso e distribuito dalle banche del Gruppo Bipiemme. Inoltre, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è controllata al 100% da Bipiemme Vita S.p.A., a sua volta partecipata al 19% dalla Banca Popolare di Milano S.c.a r.l., Capogruppo del Gruppo Bipiemme e *Contraente* della polizza. Di conseguenza, i soggetti distributori hanno, direttamente o indirettamente, un proprio interesse alla promozione ed alla distribuzione del contratto, sia in virtù della partecipazione detenuta da Banca Popolare di Milano S.c. a r.l. (Capogruppo del Gruppo Bipiemme) nel capitale sociale di Bipiemme Vita S.p.A., sia perché percepiscono, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte delle commissioni che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. trattiene dal *premio* versato.

Si precisa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A., nell'adempimento dei propri obblighi derivanti dal contratto, anche in presenza di conflitto di interesse, opera in modo da non arrecare pregiudizio agli Assicurati e si impegna, in ogni caso, ad ottenere per gli stessi il miglior risultato possibile.

In particolare, la *Compagnia* può effettuare operazioni in cui ha, direttamente o indirettamente, un interesse in conflitto, a condizione che sia comunque assicurato un equo trattamento degli *Assicurati* e sia data assicurazione che il prodotto non sia gravato da alcun costo altrimenti evitabile.

La *Compagnia* dispone di una propria politica e di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

Tramite le funzioni preposte, effettua un'attività periodica di monitoraggio sulla presenza di situazioni e/o operazioni in conflitto di interesse. Qualora non sia possibile evitare situazioni in cui la *Compagnia* abbia in via diretta o indiretta un conflitto di interesse, la stessa ha previsto l'adozione di idonee misure

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

organizzative volte a limitare e gestire tali conflitti operando in ogni caso in modo da non recare pregiudizio agli *Assicurati* e nell'ottica di ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

## **21) Informazioni sull'Area Riservata del sito internet della Compagnia**

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

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

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

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

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

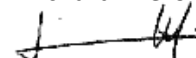
\* \* \* \* \*

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

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

L'Amministratore Delegato

Richard Ellero



## GLOSSARIO

### **Accollo**

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

### **Adesione**

La data di sottoscrizione del *Modulo di Adesione*.

### **Ammortamento**

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

### **Anno assicurativo**

Periodo calcolato di anni interi a partire dalla decorrenza.

### **Assicurato**

La persona fisica, intestataria o cointestataria del contratto di *mutuo* concesso dall'*Istituto* che ha le caratteristiche previste all'Art. 6 - "Limiti Assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato", che ha aderito alla *polizza collettiva* sottoscrivendo il *Modulo di Adesione* e che ha pagato il relativo *premio*. Le prestazioni previste dal contratto assicurativo sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

### **Assicurazione**

Il contratto di *assicurazione (polizza collettiva)* e il suo contenuto.

### **Beneficiario**

Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dalla *copertura assicurativa* (l'*Assicurato* o in difetto i suoi eredi testamentari o legittimi).

### **Capitale assicurato**

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

### **Carenza**

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di *decorrenza della copertura assicurativa* durante il quale le *coperture assicurative* non sono operative. Ciò significa che se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo la *Compagnia* non corrisponderà la prestazione assicurata.

### **Cartella clinica**

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.).



**Compagnia**

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

**Condizioni di Assicurazione**

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di *assicurazione*.

**Contraente**

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

**Contratto di mutuo**

Il *mutuo* ipotecario di durata non superiore ai 30 anni, concesso dall'*Istituto* all'*Assicurato* al quale si riferiscono le *coperture assicurative* oggetto della presente polizza.

**Copertura assicurativa**

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

**Data di conferma dell'accollo**

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

**Day hospital/day surgery**

*Istituto di Cura* autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (*day hospital*) o prestazioni chirurgiche (*day surgery*) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di *cartella clinica*.

**Debito residuo**

Debito in linea capitale del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* alla data del *sinistro*, con esclusione di eventuali importi di rate ancora insolte alla data del *sinistro*.

**Decorrenza della copertura assicurativa**

Data dalla quale le garanzie assicurative cominciano ad operare, sempre che a tale giorno sia stato pagato il relativo *premio* e risulti sottoscritto il *Modulo di Adesione*.

**Dichiarazione di Buono Stato di Salute**

Dichiarazione prevista all'interno del *Modulo di Adesione* sullo stato di salute dell'*Assicurato*, sottoscritta dallo stesso, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

**Disoccupazione**

La condizione in cui viene a trovarsi una persona rimasta priva di un'occupazione subordinata retribuita (*lavoratore dipendente privato*), che è iscritto nelle liste del Centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità o da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria e che non rifiuta eventuali offerte di lavoro. Durante la *disoccupazione* il lavoratore non dovrà svolgere alcuna attività lavorativa.

**Durata contrattuale**

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

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

### **Esclusioni**

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla *copertura assicurativa* prestata dalla *Compagnia*, riportati nelle *Condizioni di Assicurazione*.

### **Franchigia**

Clausola contrattuale che limita sul piano quantitativo la garanzia prestata dall'assicuratore, sulla base della quale una parte del danno rimane a carico dell'*Assicurato*.

### **Importo del mutuo**

E' il debito in linea capitale del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* alla data di sottoscrizione del *Modulo di Adesione* alla *Polizza Collettiva*.

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

La perdita temporanea ed in misura totale, medicalmente accertata, della capacità dell'*Assicurato* ad attendere alla propria attività lavorativa, a seguito di infortunio o malattia.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla *Compagnia* in caso di *sinistro*.

### **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli Infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze; le conseguenze di morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento, l'assideramento, il congelamento e la folgorazione; le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo; le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il *ricovero ospedaliero*, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti dall'*Assicurato* e derivanti da stato di maleore o di incoscienza.

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

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

### **Istituti**

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

### **Istituto di cura**

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

### **ISVAP (vedi IVASS)**

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

## IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

### Lavoratore autonomo

La persona fisica per la quale al momento del *sinistro* siano verificabili entrambe le condizioni sotto riportate:

- a) non percepisca e non abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno precedente un reddito da *lavoro dipendente*;
- b) percepisca e abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno fiscale precedente e quale reddito prevalente almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 50 lettera c-bis (collaborazioni senza vincolo di subordinazione, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto, lavoratori stagionali) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

### Lavoratore dipendente

La persona fisica che al momento del *sinistro* svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico economica, in forza di un contratto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato; a tempo determinato, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti di inserimento ossia ex contratto di formazione lavoro, di apprendistato, di somministrazione lavoro ossia ex lavoratori interinali, o altre forme di lavoro atipico) regolato dalla legge italiana comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali e per un periodo di **12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il *sinistro*; tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro.**

Sono altresì considerati *lavoratori dipendenti* coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: i soci di cooperativa, i titolari di borsa di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, i quali sono considerati *lavoratori autonomi*.

### Lavoratore dipendente privato

Il *lavoratore dipendente* che è iscritto nei libri paga dell'impresa con un contratto di lavoro dipendente non della Pubblica Amministrazione.

### Lavoratore dipendente pubblico

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

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

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

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

- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

### **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

### **Malattia Grave**

I casi di tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus cerebrale, insufficienza renale, trapianto d'organo, come da specifiche definizioni integrate nelle *Condizioni di Assicurazione*.

### **Massimale**

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun *sinistro*, la *Compagnia* presta le *coperture assicurative*.

### **Modulo di Adesione**

Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle *coperture assicurative* sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica che ha richiesto/accolto/in corso di *ammortamento* un *mutuo* presso l'*Istituto* dichiara di voler aderire alla *Polizza Collettiva*.

### **Mutuo**

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

### **Non lavoratori**

Tutte le persone fisiche che non rientrano nella definizione di *lavoratore autonomo*, *lavoratore dipendente*, *privato* o *pubblico* (a titolo esemplificativo ma non limitativo: Studenti, Casalinghe, Pensionati, i *lavoratori dipendenti* con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero, se non regolati dalla legge italiana).

### **Normale attività lavorativa**

L'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'*Assicurato* con carattere di abitudine e prevalenza immediatamente prima del *sinistro*.

### **Perdita Involontaria d'Impiego**

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

### **Piano di ammortamento originario**

È il piano di *ammortamento* del *mutuo* rilasciato dagli *Istituti* all'*Assicurato* in vigore:

- a) **al momento dell'erogazione** per i mutui di nuova erogazione/surroghe;
- b) **al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva** se avvenuta in un momento successivo alla *data di conferma dell'accollo* o alla data di erogazione/surroga/messa in *ammortamento del capitale mutuato*.

Nel caso di vendita a distanza è il *piano di ammortamento* del *mutuo* rilasciato dagli *Istituti* all'*Assicurato* in vigore al momento della *decorrenza della copertura assicurativa*.

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

**Polizza Collettiva**

Il presente contratto di *assicurazione* stipulato da un *Contraente* nell'interesse di più *Assicurati*.

**Premio**

Il *premio* che viene versato dall'*Assicurato* all'*Istituto* e, per il tramite della *Contraente*, viene riversato alla *Compagnia* in relazione alla *copertura assicurativa*.

**Ricovero Ospedaliero**

Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in *Istituto di cura*, pubblico o privato, dovuta ad *infortunio* o *malattia*, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in *day hospital/day surgery*, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle *Condizioni di Assicurazione*.

**Periodo di riqualificazione**

Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di *disoccupazione*, liquidabile in base alle *Condizioni di Assicurazione*, durante il quale l'*Assicurato* deve ritornare a svolgere la sua *normale attività lavorativa* prima di poter presentare ulteriore denuncia relativa ad un nuovo *sinistro* per la garanzia *Perdita Involontaria d'impiego*.

**Sinistro**

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

**Surroga passiva**

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

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI<sup>2</sup> ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196

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

### Quali dati raccogliamo

I dati personali, eventualmente anche quelli sensibili e giudiziari<sup>3</sup>, del *Contraente*, dell'*Assicurato* ed eventualmente del *Beneficiario*, ove designato nominalmente, fornitici dai medesimi o da terzi<sup>4</sup>, verranno trattati dalla *Compagnia* secondo le finalità e con le modalità necessarie sia all'adempimento delle obbligazioni strettamente connesse e strumentali, sia alla gestione dei rapporti con la clientela, sia all'esecuzione del contratto assicurativo stipulato (tra cui, ad esempio: l'acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione del contratto di *assicurazione*, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti da contratti conclusi con la clientela, liquidazioni di sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la società è autorizzata ai sensi delle disposizioni di legge, etc.).

Inoltre, i dati personali saranno necessariamente trattati per le finalità imposte da obblighi di legge, regolamenti e normativa comunitaria o disposizioni impartite da organi di vigilanza e di controllo a ciò debitamente autorizzati dalle disposizioni normative in vigore<sup>5</sup>.

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

### Perché chiediamo i dati

La *Compagnia* utilizzerà i dati per le finalità connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai connessi adempimenti normativi e all'attività di promozione di prodotti o servizi assicurativi<sup>6</sup>; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo<sup>7</sup>.

<sup>2</sup> Valida per i soggetti persone fisiche. Ai sensi della L. 214/2011 le norme privacy non si applicano infatti a persone giuridiche, enti e associazioni.

<sup>3</sup> L'art. 4, comma 1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; il medesimo art. 4, comma 1, lett. e) del D. Lgs. 196/2003 definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

<sup>4</sup> Ad esempio, altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali il rilascio di una copertura, la liquidazione di un *sinistro*, ecc.) forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>5</sup> Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, gli adempimenti previsti dalla disciplina contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo; le Circolari emanate dall'IVASS in relazione allo svolgimento dell'attività assicurativa.

<sup>6</sup> Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie; l'invio di comunicazioni di informazione commerciale sui prodotti e i servizi assicurativi offerti dal Gruppo assicurativo.

<sup>7</sup> Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'ISVAP con il n. 045 e a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa.

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

I dati potranno essere comunicati, anche all'estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla *Compagnia* coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>8</sup>.

### **Come trattiamo i dati**

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

All'interno della *Compagnia* possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti o i collaboratori, anche esterni, adibiti a particolari uffici (tra cui servizi legali, servizi informatici, consulenti medici e servizi di spedizione e di archiviazione)<sup>9</sup>.

### **Quali sono i Vostri diritti**

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

Gli interessati potranno accedere in ogni momento ai dati personali che Li riguardano, ottenere l'indicazione della loro origine, delle finalità e del modo in cui sono utilizzati, farli aggiornare, rettificare, integrare a seconda dei casi, oppure, in presenza dei presupposti, chiederne il blocco, trasformarli in forma anonima o cancellarli ed opporsi alla loro utilizzazione<sup>10</sup> (art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via del Lauro, 1 - 20121 Milano - (sito internet [www.bpmassicurazioni.it](http://www.bpmassicurazioni.it)).

---

<sup>8</sup> In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche convenzionate; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

<sup>9</sup> Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

<sup>10</sup> Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

### PARTE I - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### Art. 1 – Coperture Assicurative

Il presente contratto, di cui alla Polizza Collettiva stipulate tra la Banca Popolare di Milano e la *Compagnia*, comprende le seguenti garanzie:

- A) Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (valida per tutti gli Assicurati);**
- B) Ricovero Ospedaliero (valida per tutti gli Assicurati);**
- C) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano lavoratori autonomi);**
- D) Perdita Involontaria d'Impiego (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano lavoratori dipendenti privati);**
- E) Malattia Grave (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano lavoratori dipendenti pubblici o non lavoratori).**

Come meglio indicato nella tabella che segue, le garanzie diverse dall'Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia e dal Ricovero Ospedaliero sono attivate alternativamente in base allo stato lavorativo dell'Assicurato al momento del sinistro.

GARANZIE	PROFESSIONE (al momento del sinistro)			
	LAVORATORI AUTONOMI	LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI	LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	NON LAVORATORI
INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE	SI	SI	SI	SI
RICOVERO OSPEDALIERO	SI	SI	SI	SI
INABILITA' TEMPORANEA TOTALE	SI	NO	NO	NO
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	NO	NO	SI	NO
MALATTIA GRAVE	NO	SI	NO	SI

Le garanzie sono prestate dalla *Compagnia* in base alle comunicazioni della *Contraente* ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

#### Art. 2 – Capitale assicurato e Massimali

- a) Per il caso di *Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia*, il capitale massimo assicurabile per ciascun Assicurato è pari a € 350.000 (trecentocinquantomila/00). Il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la *Compagnia*, è pari ad € 500.000 (cinquecentomila/00);
- b) qualora l'adesione alla Polizza Collettiva avvenga in fase di stipula del contratto di mutuo precedente l'erogazione/surroga del mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/conferma

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



**dell'accollo:**

1. la prestazione massima garantita dalla **Compagnia** per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a € 2.000 (duemila/00) per rata mensile;
  2. la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 12 (dodici) rate mensili per *sinistro* e un massimo di 24 (ventiquattro) per il periodo di validità della *copertura assicurativa*. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 12 (dodici) rate mensili;
- c) qualora l'*adesione* alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo* o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*:
1. la prestazione massima garantita dalla **Compagnia** per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia è pari a € 1.500 (millecinquecento/00) per rata mensile. Per le garanzie Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a € 1.200 (milleduecento/00) per rata mensile;
  2. la prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 10 (dieci) rate mensili per *sinistro* e un massimo di 20 (venti) per il periodo di validità della *copertura assicurativa*. Per la garanzia Malattia Grave, verrà liquidata in un'unica soluzione, una somma pari a 10 (dieci) rate mensili.

In caso di Mutui cointestati, ai fini della determinazione della prestazione, vale quanto disposto dal successivo Art. 21 – "Cointestazione del *contratto di mutuo*".

Nel caso in cui il *capitale assicurato* sia inferiore all'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra i cointestatari del *mutuo*, la prestazione in caso di *sinistro del mutuo*, sarà pari:

- al *debito residuo del mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario*, moltiplicato per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per la garanzia Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia;
- alla rata mensile del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* moltiplicata per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra i cointestatari per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.

### Art. 3 – Obbligo degli Istituti

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

Gli istituti, inoltre, si impegnano a consegnare all'*Assicurato*, il Fascicolo Informativo contenente le presenti *Condizioni di Assicurazione* prima della sottoscrizione del *Modulo di Adesione*.

### Art. 4 – Obblighi della Compagnia

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

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto di *assicurazione* valgono le norme di legge

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

applicabili.

## **Art. 5 – Decorrenza e durata della copertura assicurativa**

### **5.1 Adesione alla copertura assicurativa**

L'*adesione* alla *copertura assicurativa* avviene mediante la sottoscrizione da parte dell'Assicurato del *Modulo di Adesione*.

L'*adesione* può avvenire:

- (i) in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato*;
- (ii) oltre il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato*, a condizione che la durata residua del *mutuo* sia superiore ad anni 10 (dieci).

### **5.2 Decorrenza della copertura assicurativa**

A condizione che sia stato sottoscritto il *Modulo di Adesione* e corrisposto il *premio* contrattualmente previsto e fatto salvo il periodo di *carezza* eventualmente previsto per le singole garanzie, la *copertura assicurativa* decorre,:

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

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

La *decorrenza* è comunicata alla *Compagnia* dalla *Contraente*.

### **5.3 Durata e Termine della copertura assicurativa**

La durata delle garanzie Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia e Malattia Grave è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di *decorrenza della copertura assicurativa* e quella di scadenza del rapporto di *mutuo* quale prevista dal *piano di ammortamento originario* e non può comunque essere superiore a 30 (trenta) anni. La durata della garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di *decorrenza della copertura assicurativa* e coincide con la durata prevista dal *piano di ammortamento originario* con un massimo di 10 (dieci) anni.

La *copertura assicurativa* ha comunque termine:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- alla data di pensionamento dell'Assicurato per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego;
- in caso di liquidazione dell'*indennizzo* per *Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia* dell'Assicurato;
- alla scadenza del *piano di ammortamento originario*;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, *accollo* del *mutuo* (nel caso in cui l'Assicurato/Accollato non richieda di proseguire la *copertura assicurativa* unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del *mutuo*).

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

In nessun caso la *Compagnia* sarà obbligata a corrispondere alcun *indennizzo* per *sinistri* che si verifichino oltre il termine di durata della *copertura assicurativa* e comunque non oltre la scadenza prevista dal piano di *ammortamento originario*.

Ove, con riferimento a un medesimo *contratto di mutuo*, vi siano più *Assicurati*, la cessazione per uno di essi della *copertura assicurativa* non pregiudica la continuazione delle *coperture assicurative* a favore degli altri. In caso di modifica della durata del *mutuo* ovvero di *mutui* a durata variabile, la durata massima delle *coperture assicurative* sarà comunque pari alla durata del *mutuo* stabilita nel *piano di ammortamento originario*, fatto salvo il limite massimo di durata di 10 (dieci) anni previsto per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.

#### **Art. 6 – Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato**

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

- **essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;**
- **avere una età compresa tra i 18 (diciotto) ed i 70 (settanta) anni compiuti;**
- **godere di un buono stato di salute;**
- **non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 (due) anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;**
- **non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie. Non potranno in ogni caso essere assicurati coloro il cui *mutuo* scada successivamente al 31 dicembre dell'anno del 75° compleanno di età.**

**Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, paralisi, infermità mentali in genere quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive.**

In caso di cointestazione del *contratto di mutuo* come previsto all'Art. 21 della Parte I delle *Condizioni di Assicurazione* tutti gli intestatari dovranno sottoscrivere un *Modulo di Adesione* alla *copertura assicurativa*. **Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia i requisiti di assicurabilità, previsti al presente articolo, nessuno potrà aderire alla *copertura assicurativa*.**

L'assunzione avviene sulla base dei dati e delle informazioni forniti dall'*Assicurato* con il *Modulo di Adesione*. Pertanto, **ai fini della validità della *copertura assicurativa*, l'*Assicurato* è tenuto a sottoscrivere le *dichiarazioni sul proprio stato di salute* presenti nel *Modulo di Adesione* medesimo, assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e informazioni rilasciate.**

#### **Art. 7 - Estinzione anticipata, surroga passiva e accollo del contratto di mutuo**

In caso di anticipata estinzione, surroga passiva, *accollo* del *contratto di mutuo*, qualora non risultino *sinistri*, la *Compagnia* restituirà all'*Assicurato*, per il tramite dell'*Istituto*, la parte di *premio* corrispondente al periodo di *copertura assicurativa* non goduta, calcolata alla data dell'estinzione, sommando i risultati delle seguenti formule:

**1) Rimborso del *premio puro*:  $(\text{premio netto} - \text{costi}) * [(n-t) * (n-t+1)] / [n * (n+1)]$**

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

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

dove:

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

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

**n** = durata della *copertura assicurativa* (espressa in mesi interi) così come risultante dal *Modulo di Adesione*;

**t** = permanenza effettiva in copertura (espressa in mesi interi).

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

**Resta inteso che l'Assicurato avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le coperture assicurative, operanti al momento della richiesta, dandone informazione all'Istituto contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata o di surroga passiva del finanziamento.**

### Art. 8 – Rimborso anticipato parziale del contratto di mutuo

Qualora l'*Assicurato* proceda a rimborsare anticipatamente una parte del *mutuo* rispetto a quanto previsto dal *piano di ammortamento originario*, la *copertura assicurativa* continuerà ad operare sino a scadenza del periodo di durata originariamente previsto e gli *indennizzi* saranno calcolati in funzione del *piano di ammortamento originario*.

### Art. 9 – Pagamento del premio

L'*assicurazione* viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni *Assicurato* di un **premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di *assicurazione*, per l'insieme delle *coperture assicurative* prestate dalla *Compagnia* e per tutta la durata delle stesse.

L'importo del *premio* non varia in funzione dell'età e del sesso dell'*Assicurato* e viene esplicitato nel *Modulo di Adesione*.

Il *premio* è calcolato moltiplicando il tasso lordo per il *capitale assicurato*. **Il Tasso Lordo, comprensivo di imposte di assicurazione (2,50%), è pari a 2,50%.**

Il *premio* è corrisposto alla *Compagnia* tramite gli *Istituti*. A tal fine, **la Compagnia conferisce agli Istituti mandato all'incasso del premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato acceso presso l'Istituto o detratto dall'importo del mutuo.**

### Art. 10 – Cambio di attività o professione

Premesso che la *copertura assicurativa* è modulata sulla tipologia dell'attività o professione, l'*Assicurato* non è tenuto a dare comunicazione alla *Compagnia* in caso di cambiamento della propria attività o stato occupazionale che verrà verificato in caso di *sinistro*.

### Art. 11 – Revoca dell'adesione e diritto di ripensamento

#### 11.1 Revoca dell'adesione

L'*Assicurato* ha il diritto di revocare la propria *adesione* fino al giorno in cui il *mutuo* non sia stato erogato/surrogato.

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

#### 11.2 Diritto di ripensamento (in caso di adesione a distanza)

In caso di contratto stipulato a distanza, entro 14 (quattordici) giorni dalla *decorrenza della copertura*

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

*assicurativa*, l'Assicurato ha diritto di recedere dall'assicurazione, inviando la comunicazione scritta di ripensamento tramite raccomandata A.R. alla *Compagnia* (farà fede il timbro postale).

La *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Istituto*, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del ripensamento, rimborsa il *premio* pagato, al netto degli oneri fiscali che per legge restano a carico dell'Assicurato.

#### **Art. 12 – Beneficiari**

*Beneficiario* delle prestazioni assicurative è l'Assicurato o gli aventi diritto di quest'ultimo (eredi testamentari o, in assenza, legittimi).

#### **Art. 13 – Denuncia del sinistro**

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

**Numero Verde 800.055.177 (per Italia),**

**Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),**

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

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

**Bipiemme Assicurazioni**

c/o BLUE ASSISTANCE

C.so Svizzera, 185

10149 – TORINO

La denuncia del *sinistro* dovrà essere corredata della seguente documentazione:

- a) **IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia valida per tutti gli Assicurati)**
  - Copia del referto del Pronto Soccorso;
  - Documentazione medica/cartelle cliniche relative *all'infornio* o alla *malattia* che ha determinato l'*Invalità permanente*;
  - Copia del *piano di ammortamento originario*;
  - Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.
  
- b) **IN CASO DI MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a lavoratori dipendenti pubblici e ai non lavoratori)**
  - Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
  - Copia completa e conforme all'originale della *cartella clinica*;
  - Copia del *piano di ammortamento originario*;
  - Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.
  
- c) **IN CASO DI PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a lavoratori dipendenti privati)**
  - Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
  - Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);

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

- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Copia della scheda professionale;
- Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.

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

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Visura camerale aggiornata dopo la data del *sinistro*;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale *cartella clinica* completa e conforme all'originale;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.

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

- Copia del referto del Pronto Soccorso;
- Copia conforme all'originale della *cartella clinica* relativa al ricovero e di referti medici;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.

Le spese per i certificati restano a carico dell'*Assicurato*.

L'*Assicurato* o i suoi aventi causa devono consentire alla *Compagnia* di effettuare gli accertamenti del caso e sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e il datore di lavoro a fornire le informazioni necessarie. L'*Assicurato* deve altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di *assicurazione*. Per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego, l'*Assicurato* si impegna a dare tempestiva comunicazione alla *Compagnia* in caso di cessazione dello stato di *disoccupazione*.

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

**La *Compagnia* avrà la facoltà di richiedere all'*Assicurato* di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui sia necessario valutare l'applicabilità delle *coperture assicurative* al fine di erogare l'eventuale *indennizzo*.**

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la *Compagnia* si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

La *Compagnia* potrà, in ogni caso, richiedere all'*Assicurato* o ai suoi aventi causa di fornire ulteriore documentazione medica e sanitaria necessaria a verificare il diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di *assicurazione*.

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

Per qualsiasi informazione relativa allo stato del *sinistro* è possibile telefonare al **Numero Verde 800.055.177 (per Italia)** o al Numero **+39.011.74.172.66 (per l'Estero)**, entrambi contattabile i dal lunedì al

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

venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.

In caso di *sinistro* occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

#### **Art. 14 – Pagamento delle prestazioni assicurate**

Ricevuta la documentazione di cui all'Art. 13 e verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

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

Le garanzie di cui al presente contratto continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Assicurato verso l'Istituto in base al *contratto di mutuo*. Ai fini della determinazione degli indennizzi dovuti dalla *Compagnia*, si farà sempre riferimento al *piano di ammortamento originario* al netto delle rate ancora insolute alla data del *sinistro*.

#### **Art. 16 – Rinuncia al diritto di surrogazione**

La *Compagnia* rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

#### **Art. 17 – Prescrizione**

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

#### **Art. 18 – Imposte e tasse**

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

#### **Art. 19 – Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 20 – Diritto alle prestazioni**

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

#### **Art. 21 – Cointestazione del contratto di mutuo**

Nel *contratto di mutuo* che prevede la cointestazione è possibile assicurare, con la presente *Polizza Collettiva*, fino ad un massimo di 8 (otto) cointestatari. L'importo di *mutuo*, così come l'importo della rata mensile, nell'ambito dei *massimali* assicurati, si intende suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia tutti i requisiti previsti all'Art. 6 – “Limiti Assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato” - la *copertura assicurativa* non potrà essere attivata per alcun intestatario del *contratto di mutuo*.

#### **Art. 22 – Clausola Liberatoria**

**L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai *sinistri* oggetto della presente *assicurazione*, i medici che lo hanno visitato o curato prima del *sinistro*.**

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

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

In caso di divergenze sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- mediante valutazione collegiale effettuata da 2 (due) medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;
- mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto precedente, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

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. 24 – Reclami

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

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

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: [reclami@bpmassicurazioni.it](mailto:reclami@bpmassicurazioni.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, fax 06.42.13.37.45 o 06.42.13.33.53.

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

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

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



reclamo:

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

#### **Art. 25 – Diritto di Recesso**

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

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

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

***Via del Lauro n. 1***

***20121 MILANO***

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

#### **Art. 26 – Foro competente**

**Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto, foro competente sarà quello di residenza dell'Assicurato o dei suoi aventi causa.**

#### **Art. 27 – Comunicazioni**

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

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

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

#### **Art. 29 – Cessione dei diritti**

**L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal contratto di *assicurazione*.**

## PARTE II - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

### **Art. 30 – Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (valida per tutti gli Assicurati)**

La *Compagnia*, fermo restando quanto previsto all'Art.45 – “Esclusioni”, garantisce la corresponsione di una somma pari al *debito residuo* alla data del *sinistro*, al netto di eventuali rate insolute, nel caso in cui l'Assicurato subisca un *infortunio* o contragga una *malattia* durante il periodo contrattuale, da cui derivi un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, **di grado pari o superiore al 60% della totale**. Per data del *sinistro* si intende, la data di diagnosi della *malattia* o la data dell'*infortunio* che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

#### **Art. 30.1 Criteri di indennizzabilità**

##### **- Infortunio:**

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella Tabella INAIL di cui al D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni. La *Compagnia* corrisponde l'*indennizzo* per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'*infortunio* medesimo, in quanto conseguenze indirette di esso. Se al momento dell'*infortunio* l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'*infortunio* avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali previste dalla “Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente” sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato *sinistro* e viceversa.

In caso l'*infortunio* determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella menzionata Tabella INAIL, il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della “Tabella” stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

##### **- Malattia:**

La *Compagnia* corrisponde la prestazione per le conseguenze dirette causate dalla singola *malattia* denunciata.

Qualora la *malattia* colpisca un soggetto già affetto da altre patologie sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

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

Nel corso della *durata contrattuale* le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la *malattia* colpisca un soggetto la cui invalidità permanente sia stata accertata per una precedente *malattia*, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

**La valutazione dell'Invalidità Totale Permanente verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra 6 (sei) e 18 (diciotto) mesi dalla data del sinistro.**

Se il *capitale assicurato* risultante dal *Modulo di Adesione* è diverso dall'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la *Compagnia* corrisponderà una prestazione pari all'ammontare del *debito residuo* alla data del *sinistro* moltiplicato per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari).

**L'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per le altre garanzie relativamente allo stesso periodo temporale.**

**L'accertamento dei postumi stabilizzati di Invalidità Totale Permanente verrà effettuato in Italia.**

#### **Art. 31 – Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per tutti gli Assicurati)**

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

- a) € 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo/messa* in ammortamento del capitale mutuato;
- b) € 1.500 (millecinquecento/00) per singola rata mensile qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla *data dell'erogazione/surroga del mutuo/messa* in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

**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.**

Se il *capitale assicurato* risultante dal *Modulo di Adesione* è diverso dall'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la *Compagnia* liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* moltiplicato per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

La *Compagnia* liquiderà:

- a) un massimo di 12 (dodici) indennizzi per ogni sinistro e 24 (ventiquattro) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo/messa* in ammortamento del capitale mutuato;

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

- b) un massimo di 10 (dieci) indennizzi per ogni *sinistro* e 20 (venti) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

L'*indennizzo* per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia e per Malattia Grave relativamente allo stesso periodo temporale.

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

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un *sinistro* a causa di *Inabilità Totale Permanente da infortunio e malattia*.

#### Art. 32 – Franchigia

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di *franchigia* pari a 7 (sette) giorni. L'inizio del periodo di *franchigia* è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero.

#### Art. 33 – Carenza

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di *carenza* di 60 (sessanta) giorni se è conseguente ad una *malattia*: in questo caso, qualora il ricovero avvenga entro 60 (sessanta) giorni dalla *decorrenza della copertura assicurativa*, l'indennità non verrà corrisposta.

#### Art. 34 – Denunce successive

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

#### Art. 35 – Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (garanzia valida esclusivamente per gli *Assicurati* che, al momento del *sinistro*, siano *lavoratori autonomi*)

La *Compagnia* in caso di *Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* liquiderà, fermo restando quanto previsto all'Art. 45 – “Esclusioni”, una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal *piano di ammortamento originario* e che hanno scadenza, **trascorsi 30 (trenta) giorni di franchigia**, durante il restante periodo dell'inabilità stessa, **con i seguenti limiti massimi**:

- a) € 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*/messa in ammortamento del capitale mutuato;
- b) € 1.500 (millecinquecento/00) per singola rata mensile qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* avvenga oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

Condizione essenziale ai fini della presente *copertura assicurativa* è che il giorno in cui si verifichi il *sinistro* l'*Assicurato* eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

Se il *capitale assicurato* risultante dal *Modulo di Adesione* è diverso dall'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la *Compagnia* liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* moltiplicato per il rapporto tra

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

il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra.**

L'*indennizzo per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale. In caso di *infortunio* o *malattia* dal quale derivi Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro verrà liquidata trascorsi 30 (trenta) giorni di *franchigia* dalla data di dimissione dall'ospedale.

La *Compagnia* liquiderà:

- a) un massimo di 12 (dodici) indennizzi per ogni *sinistro* e 24 (ventiquattro) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*/messa in ammortamento del capitale mutuato;
- b) un massimo di 10 (dieci) indennizzi per ogni *sinistro* e 20 (venti) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un *sinistro* a causa di *Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia*.

#### Art. 36 – Franchigia

La garanzia *Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* è sottoposta ad un periodo di *franchigia* di 30 (trenta) giorni. L'inizio del periodo di *franchigia* è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

#### Art. 37 – Carenza

La garanzia *Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* è sottoposta ad un periodo di *carezza* di 30 (trenta) giorni se è causata da *malattia*: in questo caso, qualora l'*Inabilità* insorga entro 30 (trenta) giorni dalla *decorrenza della copertura assicurativa* (come prevista all'Art. 5), l'*indennità* non verrà corrisposta.

#### Art. 38 – Denunce successive

Quando un *sinistro per Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* sia stato pagato, nessun *indennizzo* verrà corrisposto per successivi eventi di *Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia* salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'*Assicurato* sia tornato alla sua *normale attività lavorativa* per un periodo di 90 (novanta) giorni consecutivi.

#### Art. 39 – Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego (garanzia riservata agli *Assicurati* che, al momento del *sinistro*, siano *lavoratori dipendenti privati*)

La *Compagnia*, in caso di *Perdita Involontaria d'Impiego* liquiderà mensilmente, fermo restando quanto previsto all'Art. 45 – “Esclusioni”, una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) risultante dal *piano di ammortamento originario* e che hanno scadenza, trascorsi 30 (trenta) giorni di *franchigia*, durante il restante periodo della *disoccupazione* stessa, con il **limite massimo di:**

- a) € 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*/messa in

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

ammortamento del capitale mutuato;

- b) € 1.200 (milleduecento/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

Se il *capitale assicurato* risultante dal *Modulo di Adesione* è diverso dall'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la *Compagnia* liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* moltiplicato per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra**.

La *Compagnia* liquiderà

- a) un massimo di 12 (dodici) indennizzi per ogni *sinistro* e 24 (ventiquattro) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'adesione alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*/messa in ammortamento del capitale mutuato;
- b) un massimo di 10 (dieci) indennizzi per ogni *sinistro* e 20 (venti) nel corso della *durata contrattuale* qualora l'adesione alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*.

Tale garanzia cessa la sua efficacia se è stato liquidato un *sinistro di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia*.

Tale garanzia è prestata con il limite massimo di 10 (dieci) anni dalla data di decorrenza della *copertura assicurativa*, così come prevista all'Art. 5.2 delle presenti *Condizioni di Assicurazione*.

#### Art. 40 – Carenza

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

- a) 60 (sessanta) giorni qualora l'adesione alla *Polizza Collettiva* sia avvenuta in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*/messa in ammortamento del capitale mutuato;
- b) 180 (centottanta) giorni qualora l'adesione alla *Polizza Collettiva* avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del *mutuo*/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*,

non verrà corrisposto alcun *indennizzo*.

#### Art. 41 – Franchigia

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

#### Art. 42 – Denunce successive

Quando un *sinistro* per *Perdita Involontaria d'Impiego* sia stato pagato, nessun *indennizzo* verrà corrisposto per successivi eventi di *disoccupazione* salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo *sinistro*, l'*Assicurato* sia tornato ad essere lavoratore dipendente privato per un *periodo di riqualificazione* di 90 (novanta) giorni consecutivi ed abbia superato il periodo di prova.

#### Art. 43 – Prestazione in caso di Malattia Grave (garanzia riservata a *lavoratori dipendenti pubblici* e ai *non lavoratori*)

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

La *Compagnia*, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, corrisponde, fermo restando quanto previsto all'Art. 45 – "Esclusioni", in un'unica soluzione, un **indennizzo pari a:**

- a) **12 (dodici) rate mensili risultanti dal piano di ammortamento originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 2.000 (duemila/00) per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del contratto di mutuo precedente l'erogazione/surroga del mutuo o entro il 90° giorno dalla data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato;**
- b) **10 (dieci) rate mensili risultanti dal piano di ammortamento originario con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave con il limite massimo di € 1.200 (milleduecento/00) per singola rata mensile, qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta oltre il 90° giorno dalla data dell'erogazione/surroga del mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.**

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

Se il *capitale assicurato* risultante dal *Modulo di Adesione* è diverso dall'*importo del mutuo* suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari, la *Compagnia* liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del *mutuo* risultante dal *piano di ammortamento originario* moltiplicato per il rapporto tra il *capitale assicurato* e l'*importo del mutuo* (sempre suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari), **fermi i limiti massimi di cui sopra. Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia.**

Ai fini della presente *copertura assicurativa* sono considerati indennizzabili i *sinistri* derivanti dalle seguenti malattie gravi:

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

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

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

**Tale garanzia cessa la sua efficacia se è già stato liquidato un sinistro a causa di *Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia.***

**Come data del *sinistro* si intende la data di prima diagnosi.**

#### **Art. 44 – Carenza**

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

- a) **30 (trenta) giorni** qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* avvenga in fase di stipula del *contratto di mutuo* precedente l'erogazione/surroga del *mutuo* o entro il 90° giorno dalla *data di erogazione/surroga/conferma dell'accollo*;
- b) **180 (centottanta) giorni** qualora l'*adesione* alla *Polizza Collettiva* avvenga oltre il 90° giorno dalla *data dell'erogazione/surroga del mutuo* o oltre il 90° giorno dalla *data di conferma dell'accollo*

**non verrà corrisposto alcun *indennizzo*.**



## PARTE III - ESCLUSIONI

### Art. 45 – Esclusioni

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

- 1) **Patologie pregresse alla data di effetto della *copertura assicurativa* e le relative conseguenze;**
- 2) **invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato verificatesi e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;**
- 3) **malattie tropicali o epidemiche;**
- 4) **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;**
- 5) **incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;**
- 6) **viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**
- 7) **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
- 8) **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da *sinistri* causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 (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;**
- 9) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- 10) **contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- 11) **dolo dell'Assicurato;**
- 12) **guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;**
- 13) **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- 14) **sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- 15) **sinistri connessi con l'uso o produzione di esplosivi;**
- 16) **sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, abuso di alcool, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- 17) **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetici non resi necessari da *infortunio o malattia* dell'Assicurato;**

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

- 18) infertilità e sterilità;
- 19) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- 20) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- 21) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato (compreso il suicidio ed il tentato suicidio) o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 22) sinistri causati da epilessia, malattie mentali, disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici , inclusi gli stati di stress;
- 23) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici , sport aerei, salto con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia, hockey bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;
- 24) tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 25) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
- 26) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- 27) trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- 28) parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi.

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

- 29) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come *lavoratore dipendente* in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 (sedici) ore settimanali per i 12 (dodici) mesi precedenti la data in cui si è verificato il *sinistro*. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 30) il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- 31) la risoluzione del rapporto di lavoro avviene per volontà dell'Assicurato (escluse le dimissioni per giusta causa);
- 32) la *disoccupazione* è conseguenza di pensionamento o prepensionamento o si raggiunga l'età della quiescenza;
- 33) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i citati soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore etc.);

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

- 34) se la perdita del posto di lavoro è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 35) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria e Edilizia anche in deroga;
- 36) nel caso di contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 37) nel momento della sottoscrizione del *Modulo di Adesione* il licenziamento è già stato notificato all'Assicurato o comunque questi è a conoscenza della prossima *disoccupazione* o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di *disoccupazione*;
- 38) l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
- 39) l'Assicurato non è in possesso del certificato di *disoccupazione* o non è iscritto nella lista di mobilità (quest'ultimo caso se il lavoratore è in mobilità);
- 40) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 41) superamento del periodo di comporto;
- 42) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

Nessun *indennizzo* è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del *Modulo di Adesione*, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 6 – “Limiti assuntivi, requisiti di assicurabilità e dichiarazioni dell'Assicurato”.

Inoltre l'*assicurazione* non opera e nessun *indennizzo* è dovuto ove il *sinistro* si sia verificato durante il periodo di *carezza*.

**MODULO DI ADESIONE**  
**alla**  
**Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180**  
**(MUTUI DI NUOVA EROGAZIONE E SURROGHE DEL MUTUO)**

Agenzia \_\_\_\_\_ N° *Assicurati* \_\_\_\_\_ (massimo 8)  
compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato

**Mutuo richiesto a Istituto:** \_\_\_\_\_

**Mutuo n°:** \_\_\_\_\_

**Scadenza:** \_\_\_\_\_

**Importo del mutuo richiesto:** € \_\_\_\_\_

**Durata del mutuo (in mesi):** \_\_\_\_\_

**Assicurato**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**Capitale assicurato:** € \_\_\_\_\_ (cfr. Art. 2 delle *Condizioni di Assicurazione*)

**Premio totale lordo:** € \_\_\_\_\_

**Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato**

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: € \_\_\_\_\_

di cui importo percepito dall'Istituto: € \_\_\_\_\_

**Coperture assicurative previste**

- **Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati;*
- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

**L'ASSICURATO PRENDE ATTO**

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli *Istituti*) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la *Polizza Collettiva* n. 10000000180 che presta le *coperture assicurative* su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle *Condizioni di Assicurazione*;

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

- che le suddette *coperture assicurative*, abbinate al *mutuo*, se erogato/surrogato, sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un sinistro coperto dalle medesime *coperture assicurative*, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle *Condizioni di Assicurazione*;
- che la *copertura assicurativa* decorre dalle ore 00.00 della data di erogazione/surroga del *mutuo* a patto che sia stato corrisposto il *premio* contrattualmente previsto;
- **che l'Assicurato può recedere dal contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
- che *Beneficiario* delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato o i suoi eredi testamentari o, in assenza, legittimi;
- l'*adesione* di più cointestatari alla polizza in qualità di *Assicurati* comporta, ai fini della determinazione del *capitale assicurato* e fermo l'importo massimo di € 350.000 per singolo *Assicurato*, che l'*importo del mutuo* erogato/surrogato sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio pendenti tra l'Assicurato e la *Compagnia*, è pari ad € 500.000;
- che il tasso di *premio* lordo da applicarsi al *capitale assicurato* (comprensivo di imposte di *assicurazione* pari al 2,50%) è pari al 2,50%;
- che l'*assicurazione* viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni *Assicurato* di un **premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di *assicurazione*, per l'insieme delle *coperture assicurative* prestate dalla *Compagnia* e per tutta la durata delle stesse. Il *premio*, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene addebitato sul conto corrente di quest'ultimo acceso presso l'Istituto o detratto dall'*importo del mutuo*.

#### L'ASSICURATO DICHIARA

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della *copertura assicurativa*, il sottoscritto dichiara:

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

Il sottoscritto proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora la *Compagnia*

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

stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

#### CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti **Condizioni di Assicurazione**:

Art. 2 (Capitale assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e durata della *copertura assicurativa*), Art. 9 (Pagamento del premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del sinistro), Art. 29 (Cessione dei diritti), Art. 30 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia), Art. 31 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 32, 36, 41 (Franchigia), Artt. 33, 37, 40, 44 (Carenza), Artt. 34, 38, 42 (Denunce successive), Art. 35 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia), Art. 39 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 43 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 45 (Esclusioni).

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e **Condizioni di Assicurazione**.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**N.B.: IN CASO DI MANCATA EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO, IL PRESENTE MODULO DI ADESIONE, RIMARRÀ PRIVO DI OGNI E QUALSIASI EFFICACIA.**

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

## MODULO DI ADESIONE

*alla*

### **Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180**

**(ADESIONE ENTRO 90 GIORNI DALL'EROGAZIONE/SURROGA DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO)**

Agenzia \_\_\_\_\_ N° Assicurati \_\_\_\_\_ (massimo 8)  
compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato

**Mutuo presso Istituto:** \_\_\_\_\_

**Mutuo n°:** \_\_\_\_\_

**Scadenza:** \_\_\_\_\_

**Importo del mutuo richiesto:** € \_\_\_\_\_

**Durata del mutuo al momento dell'adesione (in mesi):** \_\_\_\_\_

**Assicurato**

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**Capitale assicurato:** € \_\_\_\_\_ (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

**Premio totale lordo:** € \_\_\_\_\_

**Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato**

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: € \_\_\_\_\_

di cui importo percepito dall'Istituto: € \_\_\_\_\_

**Coperture assicurative previste**

- **Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO) valide per tutti gli Assicurati;**
- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (ITT) operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.**

**L'ASSICURATO PRENDE ATTO**

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 10000000180 che presta


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

le *coperture assicurative* su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle *Condizioni di Assicurazione*;

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

#### L'ASSICURATO DICHIARA

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_ 

#### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della *copertura assicurativa*, il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 (due) anni in ospedali o case di cura per *malattie* o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto,**

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



chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;

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

Il sottoscritto proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli *istituti* in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora la *Compagnia* stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

#### CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti *Condizioni di Assicurazione*:

Art. 2 (Capitale assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e durata della *copertura assicurativa*), Art. 9 (Pagamento del premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del sinistro), Art. 29 (Cessione dei diritti), Art. 30 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia), Art. 31 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 32, 36, 41 (Franchigia), Artt. 33, 37, 40, 44 (Carenza), Artt. 34, 38, 42 (Denunce successive), Art. 35 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia), Art. 39 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 43 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 45 (Esclusioni).

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e *Condizioni di Assicurazione*.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

## MODULO DI ADESIONE alla

### Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180

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

Agenzia \_\_\_\_\_ N° *Assicurati* \_\_\_\_\_ (massimo 8)  
compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato

**Mutuo** accollato presso *Istituto*: \_\_\_\_\_

**Mutuo n°**: \_\_\_\_\_

**Scadenza**: \_\_\_\_\_

**Data conferma accollo**: \_\_\_\_\_

*Importo del mutuo* richiesto: € \_\_\_\_\_

Durata residua del *mutuo* al momento dell'*adesione* (in mesi): \_\_\_\_\_

#### Assicurato

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**Capitale assicurato**: € \_\_\_\_\_ (cfr. Art. 2 delle *Condizioni di Assicurazione*)

**Premio totale lordo**: € \_\_\_\_\_

#### Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: € \_\_\_\_\_

di cui importo percepito dall'*Istituto*: € \_\_\_\_\_

#### Coperture assicurative previste

- **Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** *valide per tutti gli Assicurati*;
- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (ITT)** *operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.*

#### L'ASSICURATO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli *Istituti*) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la *Polizza Collettiva* n. 10000000180 che presta le *coperture assicurative* su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle


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

*Condizioni di Assicurazione;*

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

**L'ASSICURATO DICHIARA**

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_ 

**DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Ai fini della validità della *copertura assicurativa*, il sottoscritto dichiara:

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

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

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

Il sottoscritto proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli *Istituti* in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora la *Compagnia* stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti *Condizioni di Assicurazione*:

Art. 2 (Capitale assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e durata della *copertura assicurativa*), Art. 9 (Pagamento del premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del sinistro), Art. 29 (Cessione dei diritti), Art. 30 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia), Art. 31 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 32, 36, 41 (Franchigia), Artt. 33, 37, 40, 44 (Carenza), Artt. 34, 38, 42 (Denunce successive), Art. 35 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia), Art. 39 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 43 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 45 (Esclusioni).

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e *Condizioni di Assicurazione*.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

## MODULO DI ADESIONE

alla

**Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180**

**(ADESIONE OLTRE 90 GIORNI DALL'EROGAZIONE/SURROGA/CONFERMA  
DELL'ACCOLLO DEL MUTUO/MESSA IN AMMORTAMENTO DEL CAPITALE MUTUATO)**

Agenzia \_\_\_\_\_ N° Assicurati \_\_\_\_\_ (massimo 8)  
compilare un Modulo per ciascun Cointestatario/Assicurato

Mutuo accollato presso Istituto: \_\_\_\_\_

Mutuo n°: \_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_\_\_\_

Data conferma accollo: \_\_\_\_\_

Importo del mutuo richiesto: € \_\_\_\_\_

Durata residua del mutuo al momento dell'adesione(in mesi): \_\_\_\_\_

### Assicurato

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Capitale assicurato: € \_\_\_\_\_ (cfr. Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio totale lordo: € \_\_\_\_\_

### Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato

Costi per spese di acquisizione e gestione del contratto: € \_\_\_\_\_

di cui importo percepito dall'Istituto: € \_\_\_\_\_

### Coperture assicurative previste

- **Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia (ITP) – Ricovero Ospedaliero (RO)** valide per tutti gli Assicurati;
- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia (ITT)** operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

### L'ASSICURATO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme

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

CPI Mutui Privati

Modulo di Adesione oltre 90 giorni dall'erogazione/surroga/conferma dell'accollo del mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato - Pagina 1 di 3


Ed. 03/2015

Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la *Polizza Collettiva* n. 10000000180 che presta le *coperture assicurative* su menzionate le cui prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle *Condizioni di Assicurazione*;

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

#### L'ASSICURATO DICHIARA

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_ 

#### DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della *copertura assicurativa*, il sottoscritto dichiara:

- **di godere di un buono stato di salute;**
- **di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 (due) anni in ospedali o case di cura per *malattie* o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto,**

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

CPI Mutui Privati

Modulo di Adesione oltre 90 giorni dall'erogazione/surroga/conferma dell'accollo del mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato - Pagina 2 di 3

Ed. 03/2015

chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;

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

Il sottoscritto proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli *istituti* in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora la *Compagnia* stessa all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le seguenti *Condizioni di Assicurazione*:

Art. 2 (Capitale assicurato e Massimali), Art. 5 (Decorrenza e durata della *copertura assicurativa*), Art. 9 (Pagamento del premio), Art. 12 (Beneficiari), Art. 13 (Denuncia del sinistro), Art. 29 (Cessione dei diritti), Art. 30 (Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia), Art. 31 (Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero), Artt. 32, 36, 41 (Franchigia), Artt. 33, 37, 40, 44 (Carenza), Artt. 34, 38, 42 (Denunce successive), Art. 35 (Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia), Art. 39 (Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego), Art. 43 (Prestazione in caso di Malattia Grave), Art. 45 (Esclusioni).

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE**

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa comprensiva di Glossario e *Condizioni di Assicurazione*.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

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



## Servizio clienti

Dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18



Per chiamate dall'estero:

**+39 011 7417266**



**Biemme Assicurazioni S.p.A.** a socio unico Sede legale 20121 Milano, Via Del Lauro 1 Capitale sociale € 22.000.000,00 int. vers. Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano Codice Fiscale e Partita I.V.A. 07122890960. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provv. IVASS n. 2860 del 22.12.2010, n. 2964 del 22.02.2012 e n. 3023 del 19/11/2012. Iscritta alla sez. I dell'Albo Imprese presso l'IVASS al n. 1.00177. Società appartenente al Gruppo assicurativo Biemme Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045 Direzione e coordinamento Biemme Vita S.p.A





**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO**  
**Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180**  
**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**

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

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

N° *sinistro* comunicato dal n° verde o dal n° previsto per l'estero \_\_\_\_\_

Polizza Collettiva N.10000000180,

Mutuo N° \_\_\_\_\_ N° intestatari/cointestatari contratto di mutuo: \_\_\_\_\_

**Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_

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

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

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

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'*infortunio* o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.

**MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a lavoratori dipendenti pubblici e ai non lavoratori)**

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della *cartella clinica*;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro*.

**PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a lavoratori dipendenti privati)**

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Copia della scheda professionale;
- Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro*.

**INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo ai lavoratori autonomi)**

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Visura camerale aggiornata dopo la data del *sinistro*;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale *cartella clinica*;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro*.

**RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)**

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Copia conforme all'originale della *cartella clinica* relativa al ricovero;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del *sinistro*.

Nome e Cognome *Beneficiario*: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto da atto inoltre che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 100000180, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei miei dati ai sensi della L. 196/2003**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_

