



BIPIEMME ASSICURAZIONI

Contratto di Assicurazione

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

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

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa comprensiva di Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Fac-simile Modulo di Adesione**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Mod. 4874 Edizione 01/2012

CPI MUTUI PRIVATI

FASCICOLO INFORMATIVO

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. a socio unico - Sede legale 20121 Milano - Via del Lauro, 1 - Capitale sociale € 5.000.000,00 int. vers.
Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 07122890960
Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Provv. ISVAP n. 2860 del 22.12.2010
Iscritta alla Sez. I dell’Albo Imprese presso l’ISVAP al n. 1.00177
Società appartenente al Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045
Direzione e coordinamento Bipiemme Vita S.p.A.



NOTA INFORMATIVA

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

POLIZZA COLLETTIVA CPI MUTUI PRIVATI n°1000000173

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

Coperture Danni: Invalidità Permanente Totale – Ricovero Ospedaliero – Inabilità Temporanea Totale – Perdita Involontaria d'Impiego – Malattia Grave.

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

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

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) INFORMAZIONI GENERALI

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito indicata anche come 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 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia.

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

2) INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha dato inizio all'attività assicurativa nel corso dell'anno 2011

con un capitale sociale pari a Euro 5.000.000,00 come richiesto dalla normativa vigente. Tale patrimonio è sufficiente a coprire i requisiti minimi di legge richiesti quale indice di solvibilità.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

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

3.1 Descrizione Sintetica delle Garanzie offerte:

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

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

AVVERTENZA

Si evidenzia che le Condizioni di Assicurazione prevedono ipotesi al ricorrere delle quali le Coperture Assicurate 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:

- **art. 44 - "Esclusioni"**, che disciplina specifiche limitazioni all'operatività delle Coperture Assicurate;
- **art. 2 – "Capitale Assicurato e Massimali"**, che disciplinano i "Massimali" previsti in relazione alla Copertura Assicurativa (vale a dire la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le relative garanzie);

- artt. 31, 35 e 40 - **“Periodo di Franchigia”** - che regolamentano il **“Periodo di Franchigia”** applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria d’Impiego (vale a dire il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile, l’Assicurato non ha diritto ad alcun indennizzo);
- artt. 32, 36, 39 e 43 - **“Carenza”** - che regolamentano il periodo di **“Carenza”** applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d’Impiego e Malattia Grave (vale a dire il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza delle Coperture Assicurative durante il quale le garanzie non sono operative);
- artt. 33, 37 e 41 - **“Denunce successive”** - che regolamentano il **“Periodo di riqualificazione”** applicabile alle garanzie per Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria d’Impiego (vale a dire l’intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un sinistro e quello successivo ai fini dell’indennizzabilità di quest’ultimo);
- art. 6 - **“Limiti Assuntivi”** - che regolamenta i requisiti degli Assicurandi per accedere alla Copertura Assicurativa.

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

Le prestazioni assicurative sono qui di seguito sinteticamente illustrate:

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

La Compagnia garantisce, ove l’Assicurato subisca un infortunio o malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un’invalidità totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, **di grado pari o superiore al 60% della totale** la corresponsione di una somma, esclusi eventuali importi di rate insolute prima del sinistro, che alla data dell’evento residua dal contratto di mutuo stipulato dall’Assicurato con gli Istituti. **Per data dell’evento si intende, la data di diagnosi della malattia o la data dell’infortunio che hanno generato l’invalidità indennizzabile.**

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

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall’Importo Erogato, la Compagnia corrisponderà una prestazione pari all’ammontare del Debito Residuo alla data dell’evento moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l’Importo Erogato.

L’indennizzo non potrà superare l’importo di Euro 350.000,00 per Sinistro e per Assicurato.

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

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

Mutuo erogato € 100.000

Debito residuo alla data dell'evento che ha determinato l'invalidità € 50.000

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

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

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di Ricovero Ospedaliero, dovuto a Infortunio o Malattia, reso necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, la 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, **trascorsi 7 giorni di franchigia, con il limite massimo di euro 2.000,00. Gli indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di ricovero ospedaliero con il limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile.**

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'Importo Erogato, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del mutuo moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato, fermo restando il limite massimo di euro 2.000,00 mensili.

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

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale.

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

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale o nei 12 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.

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

- ad un Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni solo in seguito a malattia;**

- **ad un Periodo di Franchigia di 7 giorni.**

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

Ricovero Ospedaliero pari a 6 giorni	Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia.
Ricovero Ospedaliero pari a 12 giorni e successivo ai 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	Indennizzo pari a 1 rata come da piano di ammortamento comunicato dagli Istituti, con il limite di € 2.000.
Ricovero Ospedaliero pari a 15 mesi e successivo ai 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	Indennizzo pari a 12 rate come da piano di ammortamento comunicato dagli Istituti, con il limite di € 2.000 per rata.
Ricovero ospedaliero avvenuto nei primi 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	Nessun indennizzo in quanto il sinistro si è verificato nel periodo di carenza della copertura assicurativa.

*Si precisa che :

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

- qualora il Ricovero da **malattia** avvenga in un periodo successivo alla carenza, e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 giorni di vigenza del contratto il sinistro non è comunque indennizzabile.

C) PRESTAZIONE IN CASO DI INABILITA' TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia riservata solo agli Assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Autonomi)

La Compagnia in caso di sinistro liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di mutuo, 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) che hanno scadenza, **trascorsi 30 giorni di franchigia**, durante il restante periodo dell'inabilità stessa, con il **limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile**.

Se il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione è diverso dall'importo erogato, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato, **fatto salvo il limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile**.

La prestazione di Inabilità Temporanea Totale al lavoro non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Ricovero Ospedaliero. In caso di infortunio o malattia dal quale derivi Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale verrà liquidata trascorsi 30 giorni di franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e un massimo di 24 nel corso della durata contrattuale.

Per i dettagli relativi alla prestazione assicurata si rimanda alla lettura degli artt. 34, 35, 36 e 37 delle Condizioni di Assicurazione e delle limitazioni previste all'art. 44 – “ *Esclusioni*” delle stesse che possono dar luogo al mancato pagamento della prestazione.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta:

- **ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni solo in seguito a malattia;**
- **ad un Periodo di Franchigia di 30 giorni.**

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

Inabilità Temporanea Totale pari a 24 giorni	Nessun indennizzo perché il sinistro è in franchigia (30 giorni).
Inabilità Temporanea Totale pari a 34 giorni e successiva al periodo di 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	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 comunicato dagli Istituti con il limite di € 2.000. Se la rata è in scadenza successivamente al 34° giorno di inabilità certificata nessun indennizzo.
Inabilità Temporanea Totale pari a 15 mesi e successiva al periodo di 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	Liquidazione di 12 rate scadenti dopo il 31° giorno di franchigia.
Inabilità Temporanea Totale insorta nei primi 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa*	Nessun indennizzo liquidato

*Si precisa che :

- in caso di Inabilità dovuta ad Infortunio la Compagnia non applica i 30 giorni di carenza;

- qualora l' inabilità avvenga in un periodo successivo alla carenza, e la diagnosi della malattia

rientra nei primi 30 giorni di vigenza del contratto, il sinistro non è comunque indennizzabile.

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

La Compagnia in caso di Perdita Involontaria d'Impiego liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di mutuo 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) che hanno scadenza, trascorsi **30 giorni di franchigia**, durante il restante periodo della disoccupazione stessa, con il **limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile**.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione sia diverso dall'Importo Erogato, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato, fatto salvo il **limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile**.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale.

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

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

- **ad un Periodo di Carenza iniziale di 60 giorni;**
- **ad un Periodo di Franchigia di 30 giorni.**

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

Perdita d'Impiego per chiusura dell'azienda e successiva al periodo di 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa	Liquidazione delle rate mensili, fino ad un massimo di 12, di importo come da piano di ammortamento comunicato dagli Istituti, con il limite di € 2.000,00, in scadenza dopo 30 giorni dalla data del licenziamento (franchigia) nel perdurare dello stato di disoccupazione.
Perdita d'Impiego per dimissioni del dipendente	Nessun indennizzo liquidato
Perdita d'Impiego nei primi 60 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa	Nessun indennizzo liquidato

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

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

La Compagnia, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, così come definita all'art. 42 delle Condizioni di Assicurazione, corrisponde, in un'unica soluzione, un **indennizzo pari a 12 rate mensili di rimborso del mutuo** con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave. La rata in corso 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 fosse inferiore a 12 mesi, l'importo liquidato sarà pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.**

Nel caso in cui il Capitale Assicurato risultante dal Modulo di Adesione sia diverso dall'Importo Erogato, la Compagnia corrisponderà una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del Mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato, fatto salvo il **limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile.**

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

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

La Copertura Assicurativa per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza iniziale di 30 giorni.

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

Diagnosi di Malattia Grave successiva ai 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.	Rata mensile in scadenza successivamente alla data di diagnosi della Malattia Grave es. pari a € 1.000. Liquidazione di un indennizzo pari a € 12.000 (12 rate da € 1.000)
Diagnosi di Malattia Grave antecedente i 30 giorni (carenza) dalla data di decorrenza della copertura assicurativa	Nessun indennizzo liquidato

3.2 Capitale Assicurato e Massimali

Per ciascun Assicurato **il capitale massimo assicurabile è pari a euro 350.000,00.**

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

Per ciascun Assicurato la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a euro 2.000,00 per indennizzo mensile.

La prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e un massimo di 24 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa.

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

- **al debito residuo del mutuo, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato del mutuo stesso per la garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;**
- **alla rata mensile del mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato del mutuo stesso per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.**

3.3 Durata delle garanzie

La durata delle garanzie, Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave è pari alla durata del Mutuo quale prevista dal piano di Ammortamento stabilito alla data di erogazione del Mutuo stesso. **La durata del Mutuo non può comunque essere superiore a 30 anni.**

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha una durata pari a quella del Mutuo con un massimo di 10 anni dalla data di decorrenza delle Coperture Assicurative.

Decorrenza delle garanzie

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. In caso di accollo del Mutuo la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 00.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto.

Termine delle garanzie

La durata della Copertura Assicurativa, è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di attivazione della Copertura stessa e quella di scadenza del rapporto di mutuo quale prevista dal piano di Ammortamento stabilito alla data di erogazione del Mutuo stesso e non può comunque essere superiore a 30 anni.

La Copertura Assicurativa ha comunque termine:

- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- al 31 dicembre dell'anno di compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al termine del periodo di ammortamento inizialmente stabilito;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Mutuo).

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha inoltre termine alla fine del decimo anno dalla data di attivazione della Copertura Assicurativa.

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

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

3.4 Limiti assuntivi

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

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

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato, previa sottoscrizione della "**Dichiarazione di Buono Stato di Salute**" presente nel Modulo di Adesione, sarà pari ad euro 350.000,00.

All'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurando dovrà dichiarare quanto espressamente richiesto nella stessa, ossia:

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

- **di assumere ogni responsabilità per le informazioni riportate nel documento, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del C.C., che sono veritiere e complete ed indicare se stesso come Assicurato.**

In caso di cointestazione del contratto di mutuo come previsto all'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione la Copertura Assicurativa deve essere sottoscritta da tutti gli intestatari. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia i requisiti di assicurabilità, previsti al presente articolo, nessuno potrà aderire alla Copertura Assicurativa.

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

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

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

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

5) Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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

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

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

6) Premi

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

L'Assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un **premio unico anticipato non frazionabile**, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. **La Compagnia conferisce agli Istituti mandato all'incasso del premio che viene addebitato sul conto corrente dell'Assicurato.**

Il premio unico relativo alle coperture assicurative sarà esplicitato nel Modulo di Adesione. Il premio è calcolato moltiplicando il Tasso Lordo per il Capitale Assicurato. Il Tasso di premio comprensivo di imposte di assicurazione (2,50%) è pari a 1,50%.

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

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

6.1 Costi gravanti sul premio

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

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

Costo %
53,00%

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

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

Quota parte retrocessa agli Istituti
81,13%

A titolo esemplificativo per un Capitale Assicurato di euro 100.000,00 e a fronte di un Premio Unico di euro 1.500,00 al lordo delle imposte (euro 1.463,40 al netto imposte), i costi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione sono pari a euro 775,61 di cui euro 629,26 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

6.2 Estinzione anticipata, accollo, surroga passiva del contratto di mutuo

Si precisa che in caso di estinzione anticipata o surroga del contratto di mutuo, la Compagnia, **qualora non risultino sinistri**, provvede alla restituzione all'Assicurato, per il tramite dell'Istituto, della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere il mantenimento della copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale originaria.

In tale caso, le prestazioni saranno liquidate sulla base del piano di ammortamento originariamente sottoscritto dall'Assicurato. Per i dettagli si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

Per i casi di surroga passiva o di accollo del contratto di mutuo si rinvia all'art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

7) Rivalse

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

8) Diritto di recesso

A partire dall'inizio del quinto anno di validità della Copertura Assicurativa, l'Assicurato può recedere dal Contratto con un **preavviso di almeno 60 giorni** e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso.

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

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

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

9) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 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

Imposte ed oneri fiscali

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

Tassazione delle somme assicurate

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

Detrazione fiscale dei premi

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

Alla data di redazione della presente nota è facoltà dell'Assicurato detrarre dalla suddetta imposta un importo pari al 19% dei premi versati per l'assicurazione di cui sopra sino a euro 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate

anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta. Per i percettori di redditi da lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12) Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

In caso di sinistro, l’Assicurato o i suoi aventi causa devono dare avviso scritto alla Compagnia nei termini e con le modalità previste all’ art.12 delle Condizioni di Assicurazione. A tal fine, l’Assicurato può utilizzare il Modulo di Denuncia Sinistro consegnato unitamente al presente Fascicolo.

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

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

La Compagnia avrà la facoltà di richiedere all’Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui vi sia da valutare l’applicabilità delle garanzie contrattuali al fine di erogare l’eventuale indennizzo.

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

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

13) Reclami

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

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dell’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all’ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

Il reclamo – da inviarsi direttamente all’ISVAP 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’ISVAP 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’ISVAP, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

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

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

14) Arbitrato

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

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

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

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

15) Modalità di perfezionamento del contratto

15.1 Decorrenza della copertura assicurativa

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. In caso di accollo del Mutuo la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 00.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto. La decorrenza delle coperture assicurative è comunicata alla Compagnia dalla Contraente.

15.2 Efficacia della copertura assicurativa

Le coperture assicurative sono in ogni caso subordinate alla sottoscrizione della "DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE", presente nel Modulo di Adesione.

15.3 Promozione a distanza delle coperture assicurative

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

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

16) Risoluzione del contratto

Il contratto si risolve con effetto immediato, al verificarsi di un evento tra quelli di seguito elencati:

- liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- termine del periodo di ammortamento inizialmente stabilito.

17) Revoca della Modulo di Adesione prima dell'erogazione del mutuo e (solo in caso di contratto stipulato a distanza) Diritto di Ripensamento

L'Assicurando ha il diritto di revocare il proprio Modulo di adesione fino al giorno in cui il mutuo non sia stato erogato.

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

In caso di contratto stipulato a distanza, l'Assicurato, entro 14 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, a condizione che in questo periodo non sia avvenuto alcun Sinistro, ha

diritto di recedere dalla Copertura Assicurativa e di ricevere in restituzione il premio pagato, al netto dei costi sostenuti dalla Compagnia e degli oneri fiscali che per legge restano a carico dell'Assicurato, così come previsto all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

18) Legge applicabile al contratto

Alla polizza si applica la legge italiana.

19) Lingua utilizzabile

La polizza viene redatta in lingua italiana.

20) 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.

21) Conflitto di interessi

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

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

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

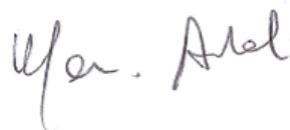
Bipiemme Assicurazioni S.p.A. opera in ogni caso in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

* * * * *

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

Il Presidente

Mario Artali



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).

Ammortamento

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

Assicurando

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

Assicurato

La persona fisica, intestatario o cointestatario del contratto di mutuo concesso dall'Istituto che ha le caratteristiche previste all'art. 6 (Limiti Assuntivi), che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e che ha pagato il premio. Le prestazioni previste dal contratto assicurativo sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicurazione

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

Beneficiario

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

Capitale Assicurato

La somma pari all'importo del mutuo con il limite massimo di euro 350.000,00 per ogni Assicurato per cui è prestata la Copertura Assicurativa. In caso di mutui cointestati tale somma è pari all'importo del mutuo erogato ripartito in parti uguali tra tutte le teste assicurate.

Carenza

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

Compagnia

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

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Contraente

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

Contratto di mutuo

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

Copertura Assicurativa

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

Debito Residuo

Debito in linea capitale del mutuo risultante alla data del sinistro con esclusione di eventuali importi di rate insolute prima del sinistro.

Decorrenza della copertura assicurativa

Termine dal quale le garanzie assicurative cominciano ad operare.

Detraibilità fiscale

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

Dichiarazione di Buono Stato di Salute

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

Disoccupato

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

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

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

Franchigia

Periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di

polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

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

Inabilità Temporanea Totale

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

Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia

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

Istituti

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

ISVAP

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

Lavoratore autonomo

La persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (come sopra definiti) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori autonomi:

- i "Lavoratori a progetto";
- i "Collaboratori coordinati e continuativi";

- gli apprendisti;
- i lavoratori stagionali;
- le persone fisiche che hanno una contratto di lavoro che non rientra tra le tipologie elencate nelle definizioni di Lavoratore dipendente privato o Lavoratore dipendente pubblico.

Lavoratore dipendente privato

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

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:

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

Lavoratore dipendente pubblico

La persona fisica che sia Lavoratore dipendente come sopra definito 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, Artigiano e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattie Gravi

I casi di tumore, chirurgia cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus cerebrale, insufficienza

renale, trapianto d'organo, come da specifiche definizioni integrate nella sezione Malattia Grave.

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro, la Compagnia presta le garanzie.

Modulo di Adesione

Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle Coperture Assicurative sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica che ha richiesto un mutuo all'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

Studenti, Casalinghe e Pensionati.

Nota Informativa

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

Perdita Involontaria d'Impiego

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

Polizza Collettiva

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

Premio

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

Ricovero Ospedaliero

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

Ripresa di occupazione

Periodo di tempo successivo alla liquidazione totale e definitiva di un sinistro per Perdita Involontaria d'Impiego, durante il quale l'Assicurato deve ritornare alla sua normale attività

lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Perdita 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 COMUNI E SENSIBILI

ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica ecc.) che Lei stesso od altri soggetti¹ ci fornite. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza di settore². In assenza di tali dati non saremmo

in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

La Società utilizzerà i Suoi dati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti³, nonché ai connessi adempimenti normativi; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo⁴.

NOTE

¹ Ad esempio, 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 ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

² Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.

³ 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.

⁴ Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'ISVAP con il n. 045 e a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa.

I Suoi dati potranno essere comunicati, anche all'estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁵.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁶.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (www.bipiemmeassicurazioni.it), con sede in Via del Lauro 1 – 20121 Milano.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà rivolgersi direttamente a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. al recapito sopra indicato.

⁵ 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; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

⁶ 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.

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 attribuito ai medesimi nel Glossario allegato al Fascicolo Informativo, che forma parte integrante e sostanziale delle presenti Condizioni di Assicurazione.

PARTE I. Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 – Garanzie Assicurate

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

A) Invalidità Totale e Permanente derivante da infortunio o malattia (valida per tutti gli Assicurati)

B) Ricovero Ospedaliero (valida per tutti gli Assicurati)

C) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio o malattia (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano ai Lavoratori Autonomi)

D) Assicurazione Perdita Involontaria d'Impiego (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati)

E) Malattia Grave (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Non lavoratori)

Le prestazioni relative alle singole garanzie sono dettagliatamente descritte nella Parte II ("*Condizioni Particolari di Assicurazione*"), mentre le relative ipotesi di esclusione sono riportate nella Parte III ("*Esclusioni*") delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 – Capitale Assicurato e Massimali

Per ciascun Assicurato il capitale massimo assicurabile è pari a euro 350.000,00.

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

In caso di mutui cointestati è possibile assicurare fino ad un massimo di 8 cointestatori ciascuno per un Capitale Assicurato pari al pro quota del mutuo erogato (con il limite massimo ai euro

350.000,00 per Assicurato) come meglio precisato al successivo art. 21.

Per ciascun Assicurato la prestazione massima garantita dalla Compagnia per le garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave è pari a euro 2.000,00 per indennizzo mensile.

La prestazione delle garanzie Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre limitata ad un massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e un massimo di 24 per il periodo di validità della Copertura Assicurativa.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia diverso dall'importo erogato, la prestazione liquidata in caso di sinistro sarà pari:

- al debito residuo del mutuo, moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato del mutuo stesso per la garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- alla rata mensile del mutuo moltiplicata per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'Importo Erogato del mutuo stesso per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.

Art. 3 - Obbligo degli Istituti

Nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 6 - "*Limiti assuntivi*", gli Istituti si impegnano a consentire l'ingresso alla Polizza Collettiva a tutti coloro con i quali hanno stipulato un contratto di Mutuo e che hanno espresso la loro adesione alla presente Convenzione con la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 4 - Obblighi della Compagnia

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

Art. 5 – Decorrenza e durata delle garanzie

Decorrenza delle garanzie

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. In caso di accollo del Mutuo la Copertura Assicurativa decorre dalle ore 00.00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto.

Termine delle garanzie

La durata della Copertura Assicurativa, è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di attivazione della Copertura stessa a quella di scadenza del rapporto di Mutuo quale prevista dal piano di Ammortamento stabilito alla data di erogazione del Mutuo stesso e non può comunque essere superiore a 30 anni.

La Copertura Assicurativa ha comunque termine:

- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- al 31 dicembre dell'anno di compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al termine del periodo di ammortamento inizialmente stabilito;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, accollo del Mutuo (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa unitamente a tutti gli altri Assicurati in caso di cointestazione del Mutuo).

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego ha inoltre termine alla fine del decimo anno dalla data di attivazione della Copertura Assicurativa

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

Termine delle garanzie per i mutui a durata variabile

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

Art. 6 - Limiti Assuntivi

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

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

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato, previa sottoscrizione della "Dichiarazione di Buono Stato di Salute" presente nel Modulo di Adesione, sarà pari ad euro 350.000,00.

All'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurando dovrà dichiarare quanto espressamente richiesto nella stessa, ossia:

- di godere di un buono stato di salute;
- di non essere mai stato ricoverato negli ultimi 2 anni in ospedali o case di cura per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, chirurgia estetica, intervento ortopedico, ernia inguinale, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia;
- di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV e, per quanto a sua conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie;
- di assumere ogni responsabilità per le informazioni riportate nel Modulo di Adesione, ai sensi degli art. 1892 e 1893 del C.C., che sono veritiere e complete ed indica se stesso come Assicurato.

In caso di cointestazione del contratto di mutuo come previsto all'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione la Copertura Assicurativa deve essere sottoscritta da tutti gli intestatari. Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia i requisiti di assicurabilità previsti al presente articolo, nessuno potrà aderire alla copertura assicurativa.

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

Art. 7 - Estinzione anticipata del contratto di mutuo

In caso di anticipata estinzione 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 non goduta calcolata, alla data dell'estinzione, sommando i risultati delle seguenti formule:

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

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

dove:

Premio netto = premio versato al netto delle imposte di assicurazione

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

n = durata iniziale della Copertura Assicurativa (espressa in mesi interi)

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.

L'importo sopra determinato sarà accreditato dall'Istituto sul conto corrente dell'Assicurato.

In alternativa alla restituzione del premio non goduto, l'Assicurato ha altresì la facoltà di chiedere, utilizzando il "Modulo richiesta estinzione o mantenimento copertura assicurativa" consegnato unitamente al presente Fascicolo Informativo, che le Coperture Assicurative rimangano in vigore fino alla scadenza contrattuale iniziale con riferimento al piano di ammortamento iniziale.

Art. 7.1 – Surroga passiva o accollo del contratto di mutuo

In caso di surroga passiva o di accollo del contratto di mutuo la Copertura Assicurativa rimane in vigore fino alla scadenza contrattuale prevista con riferimento al piano di ammortamento iniziale. L'Assicurato (accollato), qualora volesse estinguere la Copertura Assicurativa, dovrà farne richiesta direttamente alla Compagnia utilizzando l'apposito "Modulo richiesta estinzione o mantenimento copertura assicurativa" consegnato unitamente al Fascicolo Informativo. La Compagnia, previa autorizzazione dell'Istituto, procederà al calcolo del rateo di premio con le modalità previste al precedente art. 7.

Art. 8 – Rimborso anticipato parziale del contratto di mutuo

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare anticipatamente una parte del Mutuo rispetto a quanto previsto dall'originario piano di Ammortamento, 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 iniziale. Agli aventi diritto verrà liquidata una somma pari alla prestazione assicurata fino al raggiungimento del credito vantato, esclusi eventuali importi di rate insolte prima del sinistro.

Art. 9 – Pagamento del premio

Le garanzie assicurate vengono prestate dietro pagamento in via anticipata di un Premio unico, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione. Il premio, il cui onere è completamente a carico dell'Assicurato, viene corrisposto alla Compagnia tramite gli Istituti al momento dell'erogazione del mutuo in forza del mandato irrevocabile conferito dall'Assicurato allo stesso all'atto dell'adesione e, in caso di accollo, al momento dell'adesione .

Art. 10 – Modifica stato professionale

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

Art. 11 – Revoca dell'Adesione e (solo in caso di contratto stipulato a distanza) Diritto di Ripensamento

L'Assicurando ha il diritto di revocare la propria adesione fino al giorno in cui il mutuo non sia stato

erogato/surrogato/accollato.

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

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

Art. 12 – Beneficiari

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

Art. 13 – Denuncia del Sinistro

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, 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 Sinistri – 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 documentazione così come dettagliata nel Modulo di denuncia sinistro.

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

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

Numero Verde 800.055.177 (per Italia),

Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),

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

Art. 14 – Pagamento delle prestazioni assicurate

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

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

Le presenti garanzie continuano a svolgere la loro efficacia pur in presenza di inadempimenti o ritardi da parte dell'Assicurato verso l'Istituto in base al contratto di mutuo; alla determinazione degli indennizzi dovuti dalla Compagnia non concorreranno le rate del mutuo risultanti non corrisposte dall'Assicurato all'Istituto per cause diverse da quelle garantite dalla presente Polizza Collettiva.

L'Istituto, tramite la Contraente, provvederà a comunicare alla Compagnia la parte di debito da indennizzare.

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 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

Le operazioni di mutuo che prevedono la cointestazione sono coperte dalla presente Polizza Collettiva. Resta inteso che in caso di cointestazione è possibile assicurare fino ad un massimo di 8 cointestatori. L'importo di mutuo erogato, nell'ambito dei massimali assicurati, si intende suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatori. Qualora anche uno solo dei cointestatori non abbia tutti i requisiti previsti all'art. 6 – "*Limiti Assuntivi*" - la Copertura Assicurativa non potrà essere attivata per alcun intestatario del contratto di mutuo.

Art. 22 - Clausola Liberatoria

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

Art. 23 – Arbitrato

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

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

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

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

Art. 24 – Reclami

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

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85964440

Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it

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

Il reclamo – da inviarsi direttamente all'ISVAP 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'ISVAP 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'ISVAP, che provvede ad inoltrarlo al suddetto sistema estero competente dandone notizia al reclamante.

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

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

Art. 25 – Diritto di Recesso

A partire dall'inizio del quinto anno di validità della Copertura Assicurativa, l'Assicurato può recedere dal Contratto con un **preavviso di almeno 60 giorni** e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale viene esercitata la facoltà di recesso. L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

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

Art. 26 – Foro competente

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

Art. 27 – Comunicazioni

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ovvero, in caso di sinistro, nel Modulo di Denuncia sinistro.

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

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

PARTE II: Condizioni particolari di Assicurazione

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

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato subisca un Infortunio o Malattia durante il periodo contrattuale, dal quale derivi un'invalidità totale e permanente riconosciuta della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, di grado pari o superiore al 60% della totale e **fermo restando le esclusioni all'art. 44** la corresponsione di una somma, esclusi eventuali importi di rate insolte prima del sinistro, che alla data dell'evento residua dal contratto di mutuo stipulato dall'Assicurato con l'Istituto. Per data dell'evento si intende, la data di diagnosi della malattia o la data dell'infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

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

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia diverso dal mutuo erogato/surrogato/accollato, il capitale liquidabile in caso di Sinistro da Invalidità Totale e Permanente sarà pari al debito residuo del mutuo alla data dell'evento moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato/surrogato/accollato.

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

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

La Compagnia garantisce, ove l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di Ricovero Ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia, reso necessario per, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali, la corresponsione di una somma, e **fermo restando le esclusioni all'art.44** 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, trascorsi **7 giorni di franchigia**, con il **limite massimo di euro 2.000,00**. Gli indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di ricovero ospedaliero con il limite massimo di euro 2.000,00 per singola rata mensile.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia diverso dal mutuo erogato/surrogato/accollato, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del mutuo moltiplicato per il rapporto tra il capitale assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo erogato surrogato/accollato, fermo restando il limite massimo di euro 2.000,00 mensili.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale.

La prestazione di Ricovero Ospedaliero non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e dalla garanzia Malattia Grave. **La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale o nei 12 mesi successivi alla data di diagnosi della Malattia Grave.**

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

Art. 31 – Franchigia

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 7 giorni. L’inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di ricovero ospedaliero.

Art. 32 – Carenza

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

Art. 33 – Denunce successive

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

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

La Compagnia in caso di Sinistro liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di mutuo, **fermo restando le esclusioni all’art. 44** 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) che hanno scadenza, **trascorsi 30 giorni di franchigia**, durante il restante periodo dell’inabilità stessa, con il **limite massimo di euro 2.000,00** per singola rata mensile.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia diverso dal mutuo erogato/surrogato/accollato, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all’importo effettivo della rata mensile del mutuo moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l’importo del mutuo erogato/surrogato/accollato, fermo restando il limite massimo di euro 2.000,00 mensili.

La prestazione di Inabilità Temporanea Totale al lavoro non si cumula con la contemporanea liquidazione in rata prevista dalla garanzia Ricovero Ospedaliero. In caso di infortunio o malattia dal quale derivi Ricovero Ospedaliero la prestazione per Inabilità Temporanea Totale verrà liquidata trascorsi 30 giorni di franchigia dalla data di dimissioni dall'ospedale.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni sinistro e un massimo di 24 nel corso della durata contrattuale.

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

Art. 35 – Franchigia

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di franchigia di 30 giorni.

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

Art. 36 – Carenza

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 giorni se è causata da malattia: in questo caso, qualora l'Inabilità insorga entro 30 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa (come prevista all'art.5), l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 37 – Denunce successive

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

Art. 38 – Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego (garanzia riservata a Lavoratori dipendenti privati)

La Compagnia in caso di Perdita Involontaria d'Impiego liquiderà mensilmente, secondo le indicazioni del contratto di mutuo, e **fermo restando quanto previsto dall'art. 44 – “Esclusioni”** - una somma pari all'importo delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) che hanno scadenza, **trascorsi 30 giorni di franchigia**, durante il restante periodo della disoccupazione stessa, con il **limite massimo di euro 2.000,00** per singola rata mensile.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, la Compagnia liquiderà mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del mutuo moltiplicato per il

rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo stesso, fermo restando il limite massimo di euro 2.000,00 mensili.

La Compagnia liquiderà un massimo di 12 indennizzi per ogni Sinistro e 24 nel corso della durata contrattuale.

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

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

Art. 39 – Carenza

In caso di licenziamento comunicato all'Assicurato durante il periodo di carenza pari a 60 giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa (come prevista all'art. 5), l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 40 – Franchigia

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

Art. 41 – Denunce successive

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

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

La Compagnia, nel caso in cui all'Assicurato durante il periodo contrattuale sia diagnosticata una Malattia Grave, così come definita di seguito e **fermo restando quanto previsto dall'art. 44 – "Esclusioni"** - , corrisponde, in un'unica soluzione, un indennizzo pari a 12 rate mensili di rimborso del mutuo con scadenza immediatamente successiva alla data di diagnosi della Malattia Grave. La rata in corso 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 fosse inferiore a 12 mesi, l'importo liquidato sarà pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi mancanti alla scadenza del piano stesso.

Nel caso in cui il Capitale Assicurato sia inferiore all'importo finanziato, la Compagnia liquiderà

mensilmente una somma pari all'importo effettivo della rata mensile del mutuo moltiplicato per il rapporto tra il Capitale Assicurato e l'ammontare iniziale del mutuo stesso, fermo restando il limite massimo di euro 2.000,00 mensili.

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

1. Tumore - Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. **Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio e i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II° e IV° stadio di Clarck. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).**

2. Chirurgia cardiovascolare - Cardiopatia coronarica con necessità d'intervento chirurgico a cuore aperto, consigliato da uno specialista in cardiologia, per correggere una restrizione o ostruzione di almeno due arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

3. Infarto miocardico - Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico, comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG, modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4. Ictus cerebrale - Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o infarto cerebrale (trombosi embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, etc.). **L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.**

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

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

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

Art. 43 – Carenza

Qualora la Malattia Grave insorga entro 30 giorni dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa (come prevista all'art.5) non verrà corrisposto alcun indennizzo.

PARTE III: Esclusioni

Art. 44 – Esclusioni

Le coperture relative ai rischi Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero non sono operanti nei seguenti casi:

- 1) invalidità, malattie, malformazioni, lesioni dell'Assicurato verificatesi e note all'Assicurato prima della data di decorrenza delle Coperture Assicurative (come prevista all'art. 5), nonché conseguenze dirette o indirette da esse derivanti;**
- 2) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- 3) incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- 4) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Istituto, per il tramite della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;**
- 5) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- 6) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;**
- 7) dolo dell'Assicurato;**
- 8) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;**
- 9) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- 10) i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**

- 11) i sinistri causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 12) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità temporanea totale;
- 14) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- 15) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 16) conseguenze della pratica dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia;
- 17) 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;
- 18) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali che comporti un compenso o una remunerazione;
- 19) 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);
- 20) gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi;

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

- 21) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore dipendente privato in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 22) il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- 23) il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- 24) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;

- 25) il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- 26) la messa in mobilità del Lavoratore dipendente privato che nell'arco del periodo di mobilità stessa maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- 27) il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- 28) se la perdita d'impiego è conseguenza della cessazione alla loro scadenza di contratti a tempo determinato, contratti di formazione lavoro, contratti di lavoro interinale e tutte le categorie di lavoro atipico;
- 29) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;
- 30) i contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- 31) all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurando è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- 32) l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- 33) l'Assicurato non si è iscritto nella lista del Centro per l'impiego salvo che sia in CIGS;
- 34) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova.

MODULO DI ADESIONE

alla

Polizza collettiva "RAMO DANNI" n.1000000173

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

Mutuo richiesto a Istituto

Mutuo n°

Scadenza:

Importo del Mutuo richiesto euro.....

Durata del Mutuo richiesta in mesi.....

Assicurando

Cognome

Nome.....

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

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

Indirizzo

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

Premio totale lordo euro.....

Costi gravanti sul premio a carico dell'Assicurato:

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

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

Garanzie previste:

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

- **Malattia Grave (MG) - Perdita involontaria d'Impiego (PI) - Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro (ITT)**

operanti in alternativa in base all'attività professionale svolta al momento del Sinistro come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

L'ASSICURANDO PRENDE ATTO

- che Banca Popolare di Milano (che agisce in nome e per conto degli Istituti) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in nome e per conto dei propri Clienti, la Polizza Collettiva n. 1000000173 che presta le coperture assicurative su menzionate le cui

prestazioni erogate sono dettagliatamente descritte nelle Condizioni di Assicurazione;

- che le suddette garanzie, abbinare al mutuo, se erogato/surrogato, sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Assicurato e/o gli eredi testamentari o legittimi del medesimo;
- L'adesione di più cointestatari alla polizza in qualità di Assicurati comporta, ai fini della determinazione del Capitale Assicurato e fermo l'importo massimo di 350.000,00 euro per singolo Assicurato, che l'importo di Mutuo erogato/surrogato sia ripartito proporzionalmente tra i cointestatari stessi;
- che il tasso di premio lordo da applicarsi al Capitale Assicurato (comprensivo di imposte di assicurazione (pari al 2,50 %) è pari all'1,50%;
- il premio unico anticipato viene addebitato sul suo c/c presso l'Istituto contestualmente all'Erogazione (o Surroga).

L'ASSICURANDO DICHIARA

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 70 anni compiuti.

Luogo e DataFirma Assicurando.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura, il sottoscritto dichiara:

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

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

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

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

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

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

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

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

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

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

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

Luogo e Data

Firma Assicurando.....

N.B. In caso di mancata erogazione/surroga del mutuo, il presente Modulo di Adesione rimarrà privo di ogni e qualsiasi efficacia.

Mod.n° 4873

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

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

In caso di sinistro, telefonare

al n° verde 800 055 177 (dall'Italia)

o al n° +39 011 7417266 (dall'estero)

e trasmettere tempestivamente, via raccomandate A/R, DOPO la segnalazione al numero verde, il presente modulo compilato e sottoscritto

Spett.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

c/o BLUE ASSISTANCE

C.so Svizzera, 185

10149 - TORINO

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

Polizza Collettiva N.10000000173,

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

Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

6).....

7).....

8).....

Dati dell'Assicurato cui si riferisce il sinistro:

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

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

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

Indirizzo.....

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

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente
- Copia del piano di ammortamento iniziale sottoscritto con l'Istituto
- Copia 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 iniziale sottoscritto con l'Istituto
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto

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

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro
- Copia del libretto di lavoro e della scheda professionale
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del centro per l'impiego
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego)
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento
- Copia del piano di ammortamento iniziale sottoscritto con l'Istituto
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto

INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO (garanzia riservata solo ai Lavoratori Autonomi)

- Copia del certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione
- Copia del piano di ammortamento iniziale sottoscritto con l'Istituto
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto

RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Copia del piano di ammortamento iniziale sottoscritto con l'Istituto
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto

Nome e Cognome Beneficiario:

.....

IBAN.....

Il sottoscritto da pure atto che al momento dell'adesione alla presente polizza Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e richiesto il consenso al trattamento dei miei dati ai sensi della L. 196/2003

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

L'Assicurato

**MODULO RICHIESTA ESTINZIONE
O MANTENIMENTO COPERTURA ASSICURATIVA**
Polizza collettiva "RAMO DANNI" n.10000000173 Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Spett.
Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
Via del Lauro, 1
20121 – MILANO
RACCOMANDATA A/R

Mutuo N°

N° cointestatari contratto di mutuo: presso l'Istituto.....

Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

Assicurato 1..... IBAN.....

Assicurato 2..... IBAN.....

Assicurato 3..... IBAN.....

Assicurato 4..... IBAN.....

Assicurato 5..... IBAN.....

Assicurato 6..... IBAN.....

Assicurato 7..... IBAN.....

Assicurato 8..... IBAN.....

L’GLI ASSICURATO/ASSICURATI

Informa/Informano Bipiemme Assicurazioni S.p.A. di aver provveduto ad inoltrare all’Istituto erogante la domanda di Surroga Passiva o Accollo del Contratto di Mutuo di cui sopra e pertanto, ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010 art. 49, chiede/chiedono che in caso di esito positivo dell’operazione di cui sopra:

le coperture assicurative cessino la propria operatività e sia restituita la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria (premio non goduto), così come previsto dall’art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

L’importo determinato dovrà essere accreditato sul/sui conto/i corrente/i il/i cui IBAN è/sono sopra riportato/i:

le coperture assicurative continuino la sua/loro operatività fino alla naturale scadenza secondo quanto indicato all’art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

FIRMA

Assicurato 1.....

Assicurato 2.....

Assicurato 3.....

Assicurato 4.....

Assicurato 5.....

Assicurato 6.....

Assicurato 7.....

Assicurato 8.....