

Contratto di Assicurazione
Credit Protection a Premio Unico di tipo collettivo e facoltativo
abbinato ai Finanziamenti collocati dagli Agenti ProFamily e dai Dealers
convenzionati

Per i casi di: Decesso - Invalidità Permanente Totale - Inabilità Temporanea Totale al Lavoro - Malattia Grave - Perdita Involontaria d'Impiego

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Note Informative**
- b) Glossario**
- c) Condizioni di Assicurazione**
- d) Fac-simile del 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 le Note Informative.

Edizione 05/2013

CPI PRESTITI PERSONALI

FASCICOLO INFORMATIVO

Bipiemme Vita S.p.A. - Sede legale 20121 Milano - Via del Lauro, 1 - Capitale sociale Euro 211.340.000,00

Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 10769290155

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17.03.1994 e con Provv. ISVAP n. 1208 del 07.07.1999 e n. 2023 del 24.01.2002

Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00116

-Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle – SGAM

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

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

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

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

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

Direzione e coordinamento Bipiemme Vita S.p.A

NOTA INFORMATIVA BIPIEMME VITA S.p.A.

(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 n°2249

CPI FINANZIAMENTI

Copertura assicurativa Credit Protection a Premio Unico abbinata ai Finanziamenti collocati dagli Agenti ProFamily e dai Dealers convenzionati.
Copertura Decesso.

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

L'Assicurando deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) INFORMAZIONI GENERALI

Bipiemme Vita S.p.A. è capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita (iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il n. 045, a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle - SGAM. L'indirizzo della sede legale e della Direzione Generale è: Via del Lauro, 1 - 20121 Milano - Italia. Recapito telefonico: 02 - 77.00.24.05 Sito Internet: www.bipiemmevita.it. Indirizzo di posta elettronica: info.generale@bpmvita.it. Bipiemme Vita S.p.A. è un'impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 17/3/1994 (G.U. n. 68 del 23/03/1994) esteso con provvedimenti ISVAP n. 1208 del 07/07/1999 (G.U. n. 164 del 15/07/1999) e n. 2023 del 24/01/02 (G.U. n. 31 del 06/02/2002).

2) INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Sulla base dei dati relativi all'ultimo bilancio approvato alla data di redazione del presente fascicolo, ossia il bilancio dell'esercizio 2012, il patrimonio netto di Bipiemme Vita S.p.A. è pari a € 183.301.976,00 di cui il capitale sociale ammonta a € 211.340.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 10.375.346,00

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1,536.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3) PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

Il contratto prevede la Prestazione assicurativa per il caso di Decesso.

La copertura assicurativa per il caso di Decesso prestata in forza della presente Polizza è offerta esclusivamente in modo congiunto alle coperture Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita Involontaria d'Impiego, prestate in forza della Polizza Collettiva n. 10000000175 stipulata tra Profamily S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A., in quanto tali Polizze costituiscono un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due Polizze Collettive.

Si rinvia all'art. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenze:

alla copertura assicurativa si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

4) DURATA, DECORRENZA E TERMINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA:

La durata della copertura assicurativa è pari all'arco di tempo che intercorre tra la Data di Decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del Finanziamento quale prevista dal Piano di Rimborso Originario e non può comunque essere superiore a 120 mesi. Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento, a condizione che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto.

La copertura assicurativa ha comunque termine:

- **alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal Piano di Rimborso Originario del Finanziamento e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione;**
- **in caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità, laddove l'Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza prevista dal Piano di Rimborso Originario;**
- **in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave;**
- **per esercizio del diritto di recesso;**

5) PREMI

Il Premio è unico e anticipato. Il suo ammontare dipende dalla tipologia del Finanziamento e viene calcolato così come riportato all'art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede il diritto di riscatto dei Premi versati.

Il Premio è incluso nel Capitale Finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

Avvertenze:

in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato debitore - anche per il tramite della Contraente - entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di estinzione anticipata, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla

scadenza originaria. L'Assicurato debitore può richiedere il mantenimento delle coperture assicurative fino alla scadenza originaria del contratto anche indicando un Beneficiario diverso.

Si rinvia all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

In sede di conclusione del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa. Si rinvia all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle conseguenze.

Avvertenze:

si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze, contenute nel Modulo di Adesione, relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute.

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

7) COSTI

Il presente contratto prevede i seguenti costi a carico dell'Assicurato:

Costo Percentuale: il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio, è pari alle seguenti percentuali:

a) Per i Finanziamenti e per i crediti finalizzati all'acquisto di beni diversi

Costo %
70,50%

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

Quota parte retrocessa agli Intermediari
76,60%

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile di Euro 100,00, i costi trattenuti dalla Società, a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto, sono pari a Euro 70,50 di cui Euro 54,00 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

b) Per i crediti finalizzati all'acquisto di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, nautica e camper, e per i crediti finalizzati all'acquisto di impianti fotovoltaici

Costo %
67,50%

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

Quota parte retrocessa agli Intermediari
80,00%

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile di Euro 100,00, i costi trattenuti dalla Società a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto sono pari a Euro 67,50 di cui Euro 54,00 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

All'Assicurato viene data indicazione dell'ammontare dei costi effettivamente sostenuti con l'evidenza dell'importo percepito dagli Intermediari (corrispondenti alle percentuali suindicate) nel Modulo di Adesione.

I costi sono calcolati sul Premio Unico versato al netto delle imposte.

Costi di emissione: il presente contratto prevede un costo di emissione pari a Euro 5,00 incluso nel costo di cui sopra.

Costi di rimborso del Premio in caso di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento: tale costo è pari a Euro 12,50.

8) SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

9) REGIME FISCALE

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alla copertura assicurativa offerta da Bipiemme Vita S.p.A.:

- a) la totale esenzione da imposte sui Premi versati;
- b) una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere l'importo massimo di Euro 1.291,14. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Assicurato;
- c) la totale esenzione da imposte della Prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari, in caso di Decesso.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

10) MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e la decorrenza della copertura assicurativa sono indicate agli artt. 2 e 3 delle Condizioni di Assicurazioni.

11) RISCOATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della Polizza.

12) DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:

Bipiemme Vita S.p.A.

Ufficio Gestione

Via del Lauro, 1 – 20121 Milano.

Il recesso determina la cessazione della copertura assicurativa, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Aderente, per il tramite della Contraente, del Premio versato al netto delle imposte e dei costi di emissione di cui al precedente punto 7 nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

L'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso.

L'esercizio del diritto di recesso dalla presente Polizza implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n°10000000175 costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo.

13) DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TERMINI DI PRESCRIZIONE

Per la verifica della documentazione da presentare all'impresa per la liquidazione delle Prestazioni, si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante lo stesso.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la Compagnia provvede al versamento della Prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

14) LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

15) LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

16) RECLAMI

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

Bipiemme Vita S.p.A.

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 MILANO

Fax 02 85.96.44.40

Indirizzo e-mail: reclami@bpmvita.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'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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

Compagnia e dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

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

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

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

17) COMUNICAZIONI TRA L'ASSICURATO E LA COMPAGNIA

Le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia, con riferimento alla Polizza, dovranno essere fatte per iscritto a: Bipiemme Vita S.p.A., via del Lauro 1 – 20121 Milano.

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

18) CONFLITTI D'INTERESSE

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

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

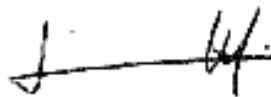
Inoltre, esistono situazioni di conflitto di interessi dovute al fatto che gli Intermediari percepiscono, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte dei costi che Bipiemme Vita S.p.A. trattiene dal Premio versato dall'Assicurato.

Bipiemme Vita 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.

L'Amministratore Delegato
Richard Ellero



NOTA INFORMATIVA BIPIEMME ASSICURAZIONI S.p.A.

(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 n°10000000175

CPI FINANZIAMENTI

Copertura assicurativa Credit Protection a Premio Unico abbinata ai Finanziamenti collocati dagli Agenti ProFamily e dai Dealers convenzionati.

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

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

L'Assicurando deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) INFORMAZIONI GENERALI

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita anche la "Società"), 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 2964 del 22 febbraio 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia.

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

2) INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il Patrimonio Netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 19.287.634, di cui il capitale sociale ammonta a € 19.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 5.350.123.

L'indice di solvibilità - dato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente – è pari al 194,97%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo e le Coperture Assicurative cessano nei casi previsti all'art.3 "Decorrenza e cessazione delle garanzie – Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità" delle Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative prestate in forza della Polizza n°10000000175 sono offerte esclusivamente in modo congiunto alla copertura Decesso prestata in forza della Polizza Collettiva n. 2249 stipulata tra ProFamily S.p.A. e Bipiemme Vita S.p.A., in quanto tali polizze costituiscono un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due Polizze Collettive.

3) COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Con la presente Polizza Collettiva, stipulata tra Bipiemme Assicurazioni S.p.A. e ProFamily S.p.A., 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 Finanziamento, come risultanti dal **Piano di Rimborso Originario** del Finanziamento medesimo, nei limiti e alle modalità previste e disciplinate dalle Condizioni di Assicurazione.

3.1 Descrizione Sintetica delle Garanzie offerte:

- A. Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale** (valida per tutti gli Assicurati). Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi, per una percentuale non inferiore al 60%, da Infortunio o Malattia. La Compagnia corrisponde una somma pari al Debito Residuo in linea capitale risultante alla data del Sinistro, secondo il Piano di Rimborso Originario del Finanziamento erogato dalla Contraente, escluse eventuali rate insolute.

Avvertenze:

per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

- B. Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Lavoratori Autonomi). Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di Infortunio o Malattia. La Compagnia corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento risultanti dal Piano di Rimborso Originario e che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa e trascorso il Periodo di Franchigia.

Avvertenze:

alla copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia;

per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

- C. Prestazioni in caso di Malattia Grave** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori). Il rischio coperto è la Malattia Grave quando presenti le caratteristiche dettagliate all'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione. La Compagnia corrisponde una somma pari al Debito Residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro, secondo il Piano di Rimborso Originario del Finanziamento erogato dalla Contraente, escluse eventuali rate insolute.

Avvertenze:

alla copertura assicurativa si applica una Carenza;

per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.4 delle Condizioni di Assicurazione.

- D. Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego** (valida esclusivamente per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati). Il rischio assicurato è la Perdita d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo". La Compagnia corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento, risultanti dal Piano di Rimborso Originario e che hanno scadenza durante il restante periodo di disoccupazione e, in caso di perdita di un impiego a tempo determinato, entro e non oltre la prevista durata del contratto di impiego.

Avvertenze:

alla copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia;

alla copertura assicurativa si applica una Carenza;

per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 5.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Le garanzie di cui alle lettere B, C e D operano alternativamente in funzione dello stato lavorativo o posizione professionale dell'Assicurato al momento del Sinistro.

3.2 Avvertenze relative a tutte le coperture:

Per tutte le coperture indicate è previsto un limite massimo di età assicurabile, indicato nell'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Tutte le coperture indicate non operano in presenza delle cause di Esclusione elencate nell'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Per tutte le coperture indicate è prevista l'applicazione di un Massimale riportato nell'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Esemplificazioni:

Il **Periodo di Franchigia** è un periodo di tempo – immediatamente successivo alla data di accadimento del Sinistro - durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Periodo di Franchigia di 30 (trenta) giorni, la Prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della copertura.

La **Carenza** è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale l'efficacia della copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una Carenza di 60 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Il **Massimale** è la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Massimale pari a Euro 1.000,00 e il valore della rata di rimborso ammonti a Euro 1.500,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 1.000,00.

3.3 Durata, Decorrenza e Termine della copertura assicurativa:

La durata della copertura assicurativa è pari all'arco di tempo che intercorre tra la Data di Decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del Finanziamento quale prevista dal Piano di Rimborso Originario e non può comunque essere superiore a 120 mesi.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento, a condizione che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto.

La copertura assicurativa ha comunque termine:

- **alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal Piano di Rimborso Originario del Finanziamento e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione;**
- **in caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità, laddove l'Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza prevista dal Piano di Rimborso Originario;**
- **in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave;**
- **per esercizio del diritto di recesso;**

4) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

In sede di conclusione del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa. Si rinvia all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle conseguenze.

Avvertenze:

si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze, contenute nel Modulo di Adesione, relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute.

5) PREMI

Il Premio è unico e anticipato. Il suo ammontare dipende dalla tipologia del Finanziamento e viene calcolato così come riportato all'art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio è incluso nel Capitale Finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

Avvertenze:

in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato debitore - anche per il tramite della Contraente - entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di estinzione anticipata, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'Assicurato debitore può richiedere il mantenimento delle coperture assicurative fino alla scadenza originaria del contratto.

Si rinvia all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6) COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

Il presente contratto prevede i seguenti costi a carico dell'Assicurato:

Costo Percentuale: il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio, è pari alle seguenti percentuali:

a) Per i Finanziamenti e per i crediti finalizzati all'acquisto di beni diversi

Costo %
64,50%

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

Quota parte retrocessa agli Intermediari
83,72%

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile di Euro 100,00, i costi trattenuti dalla Società a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto sono pari a Euro 64,50 di cui Euro 54,00 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

b) Per i crediti finalizzati all'acquisto di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, nautica e camper, e per i crediti finalizzati all'acquisto di impianti fotovoltaici

Costo %
63,00%

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

Quota parte retrocessa agli Intermediari
85,71%

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile di Euro 100,00, i costi trattenuti dalla Società a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto sono pari a Euro 63,00 di cui Euro 54,00 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

All'Assicurato viene data indicazione dell'ammontare dei costi effettivamente sostenuti con l'evidenza dell'importo percepito dagli Intermediari (corrispondenti alle percentuali suindicate) nel Modulo di Adesione.

I costi sono calcolati sul Premio Unico versato al netto delle imposte.

Costi di emissione: il presente contratto prevede un costo di emissione pari a Euro 5,00 incluso nel costo di cui sopra.

Costi di rimborso del Premio in caso di estinzione anticipata o trasferimento del Finanziamento: tale costo è pari a Euro 12,50.

7) DIRITTO DI RECESSO**7.1 Diritto di recesso dal contratto di assicurazione**

L'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata.

Il recesso determina la cessazione della copertura assicurativa, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del Premio versato al netto

delle imposte e dei costi di emissione di cui al precedente punto 6 nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

7.2 Diritto di Recesso nel corso della durata contrattuale

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 con ricevuta di ritorno contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata. La Compagnia restituirà all'Assicurato la quota parte di Premio calcolato in base a quanto riportato all'Art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

In entrambi i casi previsti ai precedenti punti 7.1 e 7.2, la comunicazione deve essere inoltrata a :

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

L'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio del diritto di recesso. L'esercizio di tali diritti implica altresì, necessariamente, il recesso dalla Polizza Collettiva n°2249 costituendo tali Polizze un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo.

8) PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

9) LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata della copertura assicurativa è l'italiano.

10) REGIME FISCALE

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana che prevede, in relazione alle coperture assicurative offerte da Bipiemme Assicurazioni S.p.A. un'imposta sui Premi versati nella misura del 2,50% del relativo Premio imponibile.

11) DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

Alla data di redazione della presente Nota Informativa è facoltà dell'Assicurato detrarre dalla suddetta imposta un importo pari al 19% dei Premi versati per l'Assicurazione di cui sopra sino a 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.

12) RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato, al diritto di rivalsa, così come specificato all'art.12 delle Condizioni di Assicurazione.

13) CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

Inoltre, esistono situazioni di conflitto di interessi dovute al fatto che gli Intermediari 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.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14) SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente 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.

Avvertenze:

per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto dagli artt. 10 e 11 delle Condizioni di Assicurazione.

15) 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 85.96.44.40

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'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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

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

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

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

16) 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 specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni, dal Presidente dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

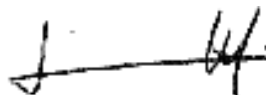
Il collegio dei medici si riunirà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

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.

* * * * *

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

L'Amministratore Delegato
Richard Ellero



GLOSSARIO

Assicurato

Persona fisica che, in relazione a un contratto di Finanziamento erogato dalla Contraente, ha aderito alle Polizze.

Assicurando, Aderente

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

Assicurazione

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

Attività sportiva professionistica

Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario

Soggetto avente diritto a ricevere la Prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della copertura assicurativa durante il quale le garanzie non sono operanti. Pertanto, se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo la Compagnia non corrisponderà la Prestazione assicurata.

Capitale Assicurato

La somma pari al Capitale Finanziato con il limite massimo previsto dalle Condizioni di Assicurazione per ciascuna tipologia di Finanziamento.

Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di due cointestatari, entrambi per l'intero Capitale Finanziato.

Capitale Finanziato

E' il debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal Piano di Rimborso Originario alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva ed è pari alla sommatoria del Capitale Richiesto e del Premio.

Capitale Richiesto

E' il Capitale Richiesto dall'Assicurato, comprensivo di eventuali commissioni previste dal contratto di Finanziamento. Rappresenta la base di calcolo del Premio.

Compagnia

Per la garanzia Decesso, relativa alla Polizza n. 2249, **Bipiemme Vita S.p.A.** con sede legale in via del Lauro, 1

– 20121 Milano.

Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Perdita Involontaria d'Impiego, relative alla Polizza Collettiva n. 10000000175, **Bipiemme Assicurazioni S.p.A**, con sede legale in via del Lauro, 1 - 20121 Milano.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Contraente

ProFamily S.p.A., che stipula le Polizze per conto dei propri clienti che sottoscrivono Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

Contratto di Assicurazione

Contratto attraverso il quale l'Assicurato trasferisce alle Compagnie un rischio al quale egli è esposto.

Data di Decorrenza

Giorno di erogazione del Finanziamenti da parte della Contraente.

Debito Residuo

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal Piano di Rimborso Originario alla data del Sinistro, con esclusione di eventuali importi di rate insolte prima del Sinistro.

Decesso

La morte dell'Assicurato.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalle Compagnie.

Fascicolo Informativo

Documento previsto dal Regolamento ISVAP 35/2010 da consegnare all'Aderente prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione contenente la Nota Informativa, il Glossario, le Condizioni di Assicurazioni ed il fac-simile del Modulo di Adesione.

Finanziamento

Il finanziamento erogato dalla Contraente che può essere di tipo:

- a) Prestito Personale nella forma di:
 - a. Prestito Personale classico;
 - b. Prestito con periodo di pre-ammortamento sino ad un massimo di 90 giorni;
 - c. Prestito con durata variabile in funzione della scelta dell'Assicurato dopo 12 o 24 mesi dalla Data di Decorrenza.
- b) Credito finalizzato all'acquisto di beni diversi;
- c) Credito finalizzato all'acquisto di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, camper e nautica;
- d) Credito finalizzato all'acquisto di impianti fotovoltaici.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

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

Indennizzo, Indennità, Prestazione

Importo liquidabile dalla Compagnia in caso di Sinistro in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio

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

Intermediario

Persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di Contratti di Assicurazione, svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tali attività.

Invalidità Permanente Totale

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%.

Istituto di Cura

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

ISVAP (vedi IVASS)**IVASS**

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

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

Lavoratore Autonomo

La persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato

La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro

dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico

La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Grave

Una delle seguenti Malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Massimale

Limite dell'esposizione finanziaria della Compagnia al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.

Modulo di Adesione

Documento predisposto dalle Compagnie contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Aderente.

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati Non Lavoratori i pensionati (anche qualora contestualmente svolgano un'attività lavorativa), i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata soggetti ad un orario settimanale inferiore a 16 ore o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Pacchetto Assicurativo

L'insieme delle Polizze Collettive n. 2249 e n. 10000000175.

Parti

Assicurato, Compagnie e Contraente.

Perdita Involontaria d'Impiego

La cessazione del rapporto di lavoro dipendente a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo.

Periodo di Franchigia

Periodo di tempo – immediatamente successivo al Sinistro - durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Piano di Rimborso Originario

E' il piano di ammortamento del Finanziamento rilasciato all'Assicurato dalla Contraente al momento dell'erogazione del Finanziamento.

Polizze

Le Polizze Collettive n. 2249 e n. 10000000175 stipulate fra Contraente e le Compagnie.

Polizza Collettiva

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

Portabilità

Il trasferimento del Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

Premio

La somma dovuta alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.

Premio Unico

Premio corrisposto in un'unica soluzione alla Compagnia al momento della conclusione del contratto.

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. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Sinistro

Evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI⁽¹⁾ **ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che Bipiemme Vita e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito le “Società”), Titolari del trattamento devono raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽²⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

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 soggetti⁽³⁾ ci fornite. Il conferimento di questi dati è 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 settore⁽⁴⁾. 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

Le Società utilizzeranno i Suoi dati per finalità connesse all’attività assicurativa e ai servizi forniti, ai connessi adempimenti normativi e all’attività di promozione di prodotti o servizi assicurativi⁽⁵⁾; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati, anche all’estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alle nostre

NOTE

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

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

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

⁽⁴⁾ Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all’Amministrazione finanziaria, gli adempimenti previsti dalla disciplina contro il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo.

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

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

Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁷⁾.

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 delle nostre 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 organizzativa⁽⁸⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy Le garantisce il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁹⁾.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per ogni eventuale dubbio o chiarimento e per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà rivolgersi direttamente ai Responsabili del Trattamento, ossia i Direttori Generali protempore di Bipiemme Vita e di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Via del Lauro 1 – 20121 Milano (siti internet www.bipiemmevita.it e www.bipiemmeassicurazioni.it)

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione nonché da quanto contenuto nel Modulo di Adesione. I termini utilizzati nelle seguenti Condizioni di Assicurazione hanno il significato attribuito ai medesimi nel Glossario allegato al presente Fascicolo Informativo.

Art. 1 Oggetto della copertura

La Compagnia riconosce all'Assicurato, alle condizioni di cui all'art. 5, le seguenti Coperture Assicurative valide in tutti i paesi del mondo:

- **Decesso** per tutti gli Assicurati;
- **Invalidità Permanente Totale**, per tutti gli Assicurati;
- **Inabilità Temporanea Totale al Lavoro**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici;
- **Malattia Grave**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.
- **Perdita Involontaria d'Impiego**, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;

Le Polizze, che includono le Coperture Assicurative sopra elencate, e che costituiscono il Pacchetto Assicurativo, sono offerte solo congiuntamente. I clienti della Contraente potranno aderire al Pacchetto Assicurativo mediante un unico atto di adesione.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

È assicurabile la persona fisica, che sottoscrive un Finanziamento concesso dalla Contraente e la cui scadenza è anteriore al compimento del 75° anno di età dello stesso soggetto finanziato.

L'Assicurando deve poter rilasciare la Dichiarazione di Buono Stato di Salute predisposta dalle Compagnie e contenuta nel Modulo di Adesione, dichiarando:

- **di essere in buono stato di salute;**
- **non essere stato affetto da una Malattia acuta o cronica (esempi di Malattie acute o croniche: disturbi cardiovascolari, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa non controllata dal trattamento, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);**
- **non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di Malattia o di Infortunio.**

Inoltre nel caso in cui l'Assicurando sia un Lavoratore Dipendente Privato dovrà dichiarare di non avere ricevuto in precedenza dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

Si aderisce al Pacchetto Assicurativo sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di 2 persone, entrambe per l'intero Capitale Finanziato, in tal caso, ciascun Assicurato pagherà il Premio previsto relativo all'intero importo finanziato.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie – Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità

Art. 3.1 Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza a patto che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto.

Art. 3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- **alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal Piano di Rimborso Originario del Finanziamento e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione;**
- **in caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità, laddove l'Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza prevista dal Piano di Rimborso Originario;**
- **in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave;**
- **per esercizio del diritto di recesso;**

Art. 3.3 Estinzione anticipata del Finanziamento e Portabilità

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento o di Portabilità la copertura assicurativa avrà termine, alla data di effetto dell'estinzione anticipata o della Portabilità, salvo il caso in cui l'Assicurato, per il tramite della Contraente, non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza prevista dal Piano di Rimborso Originario, entro 15 giorni dalla richiesta di estinzione o Portabilità.

Nel caso in cui la copertura abbia termine, sarà restituita all'Assicurato – nel caso in cui non risultino Sinistri - la parte di Premio corrispondente al periodo di Copertura Assicurativa non goduta, calcolata alla data dell'estinzione, sommando i risultati delle seguenti formule:

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

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 complessivi (spese di acquisizione e gestione)" nel Modulo di Adesione;

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

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

La Compagnia potrà trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del Premio come quantificate nel Modulo di Adesione.

In alternativa alla restituzione del Premio non goduto, l'Assicurato ha altresì la facoltà di chiedere che le Coperture Assicurative rimangano in vigore fino alla scadenza contrattuale risultante dal Piano di Rimborso Originario.

Art. 4 Diritto di recesso

4.1 Diritto di recesso dal contratto di assicurazione

L'Assicurato può recedere dalle Polizze entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del Premio versato al netto delle imposte nel termine dei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Le Compagnie tratterranno inoltre dall'importo dovuto le spese sostenute per l'emissione del contratto quantificate nel Modulo di Adesione.

4.2 Diritto di Recesso nel corso della durata contrattuale

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 con ricevuta di ritorno contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata. La Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio calcolato in base a quanto riportato all'Art. 3.3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

5.1 Copertura assicurativa per Decesso

(a) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(b) Rischio assicurato

Ferme le Esclusioni di cui all'art.6, il rischio coperto è il Decesso, qualunque possa esserne la causa.

(c) Prestazione assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, la Compagnia liquida una somma pari al Debito Residuo in linea capitale, risultante al momento del Decesso, secondo il Piano di Rimborso Originario, **esclusi eventuali importi di rate insolute.**

5.2 Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente Totale

(a) Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

(b) Rischio assicurato

Ferme le Esclusioni di cui all'art.6, il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi, per una percentuale non inferiore al 60%, da Infortunio o Malattia verificatisi dopo la Data di Decorrenza; eventuali stati di invalidità pregressa all'adesione alla Polizza non rilevano, pertanto, ai fini del calcolo dell'Invalidità per la Prestazione.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

(c) Prestazione assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, la Compagnia liquida una somma pari al Debito Residuo in linea capitale al momento del Sinistro, secondo il Piano di Rimborso Originario, **al netto di eventuali**

altri Indennizzi già corrisposti per lo stesso Sinistro, in virtù delle altre garanzie di Polizza ed esclusi eventuali importi di rate insolute.

Come data di Sinistro si intende, in caso di Infortunio, la data di accadimento; in caso di Malattia, la data di presentazione della domanda alla ASL o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

5.3 Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Pubblici o Lavoratori Autonomi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le Esclusioni di cui all'art.6, il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro derivante da Infortunio o Malattia.

(c) Periodo di Franchigia

La copertura assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di Ricovero ospedaliero.

(d) Prestazione assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, la Compagnia, perdurando l'inabilità al termine del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento come risultanti dal Piano di Rimborso Originario che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 (trenta) giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

5.4 Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.

(b) Rischio assicurato

Il rischio coperto è la Malattia Grave, quando presenti le seguenti caratteristiche:

- **ICTUS**

Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente;

- **CANCRO**

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno;

- **ATTACCO CARDIACO**

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori:

- anamnesi di precordialgia tipica;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche;
- aumento degli enzimi cardiaci;

- **PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO**

Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser;

- **INSUFFICIENZA RENALE**

Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale;

- **TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI**

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

(c) Periodo di Carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(d) Prestazione assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, in caso di diagnosi di una delle patologie sopra riportate, la Compagnia liquida un capitale pari al Debito Residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro, secondo il Piano di Rimborso Originario, **escluse eventuali rate insolute**.

Come data del Sinistro si intende la data di prima diagnosi.

La Compagnia effettuerà la liquidazione della Prestazione solo al termine del periodo di sopravvivenza, che è pari a 2 mesi dalla data di diagnosi della Malattia Grave.

5.5 Copertura assicurativa in caso di Perdita Involontaria d'Impiego

(a) Assicurati garantiti

La garanzia opera con riferimento ai soli Assicurati, che al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi.

(b) Rischio assicurato

Ferme le Esclusioni di cui all'art.6, il rischio assicurato è la Perdita Involontario d'Impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

(c) Periodo di Franchigia

La garanzia è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

(d) Periodo di Carenza

La garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni.

(e) Prestazione assicurativa

Fermi i Massimali di cui all'art. 9, la Compagnia, perdurando lo stato di disoccupazione al termine

del Periodo di Franchigia sopra indicato, corrisponde un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento come risultanti dal Piano di Rimborso Originario, che hanno scadenza durante il restante periodo di disoccupazione e, in caso di perdita di un impiego a tempo determinato, entro e non oltre la prevista durata del contratto di impiego. Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'Assicurato ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente alla Compagnia e l'Indennizzo, in ogni caso, non sarà più dovuto.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo.

Art. 6 Esclusioni

Le coperture assicurative non sono operanti nei seguenti casi:

Per la sola garanzia Decesso:

- a) dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;***
- b) suicidio dell'Assicurato entro i primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.***

Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita Involontaria d'Impiego:

- c) dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;***
- d) Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; atti di autolesionismo; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;***
- e) Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;***
- f) Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;***
- g) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;***
- h) Infortuni già verificatisi o Malattie già in essere, anche se non noti o diagnosticati, alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;***
- i) Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;***
- j) Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;***
- k) Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero in altre patologie ad essa collegate.***

Oltre che nei casi generali sub lettere da c) a l), la copertura relativa al rischio di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro non è operante in caso di:

- l) interruzioni di lavoro dovute a gravidanza.***

Oltre che nei casi generali sub lettere da c) a l), la copertura relativa al rischio di Perdita Involontaria d'Impiego non è operante nei seguenti casi:

- m) licenziamenti di Assicurati che, prima dell'adesione, avevano ricevuto dal datore di lavoro un'intimazione di licenziamento o una comunicazione scritta nella quale venivano individuati come lavoratori oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione;*
- n) licenziamenti dovuti a "giusta causa";*
- o) dimissioni;*
- p) licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;*
- q) licenziamenti da parte di ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, zii, nipoti e affini fino al secondo grado (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo meramente esemplificativo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore, ecc.);*
- r) cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di lavoro intermittente;*
- s) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;*
- t) licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";*
- u) risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;*
- v) messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;*
- w) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;*
- x) licenziamento per superamento del periodo di comporto;*
- y) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.*

Art. 7 Beneficiari delle Prestazioni

Beneficiari delle Prestazioni assicurative previste dal contratto in caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della durata della copertura assicurativa sono gli eredi testamentari o, in assenza di testamento, legittimi dell'Assicurato stesso, in parti tra loro uguali.

Beneficiario delle Prestazioni assicurative previste dal contratto in caso di Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita Involontaria d'Impiego è l'Assicurato.

In nessun caso, nel corso della durata del contratto, la Contraente ovvero qualsiasi società appartenente al Gruppo Bipiemme potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle Prestazioni assicurative.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il Premio è unico e anticipato e dipende dalla tipologia di Finanziamento sottoscritta.

- a) Per i Finanziamenti e per i crediti finalizzati all'acquisto di beni diversi** il Premio è espresso in percentuale del Capitale Richiesto e dipende dalla durata del Finanziamento.

L'ammontare del Premio Unico si ottiene moltiplicando l'importo del Capitale Richiesto per il tasso di premio e per il numero dei mesi di durata del Finanziamento, secondo la formula seguente:

$$0,090\% * \text{Capitale Richiesto} * \text{numero di mesi di durata del Finanziamento}$$

- b) Per i crediti finalizzati all'acquisto di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, nautica e camper, e per i crediti finalizzati all'acquisto di impianti fotovoltaici**, il Premio è espresso in percentuale del Capitale Richiesto.

L'ammontare del Premio Unico si ottiene moltiplicando l'importo del Capitale Richiesto per il tasso di premio, secondo la formula seguente:

4,50% * Capitale Richiesto

Il Premio è incluso nel Capitale Finanziato e il pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

L'ammontare totale del Premio Unico, indicato sul Modulo di Adesione è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione.

Art. 9 Massimali

Per ciascun Assicurato, la Prestazione massima garantita dalla Compagnia è:

- a) Per i prestiti personali e crediti finalizzati all'acquisto di beni diversi, in relazione alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Malattia Grave: **Euro 50.000,00;**
- b) Per i crediti finalizzati all'acquisto di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, nautica e camper, in relazione alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Malattia Grave: **Euro 60.000,00;**
- c) Per i crediti finalizzati all'acquisto di impianti fotovoltaici, in relazione alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Malattia Grave: **Euro 75.000,00;**
- d) Per tutte le tipologie di Finanziamento, in relazione alle garanzie Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Perdita Involontaria d'Impiego **Euro 2.000,00** per indennità mensile. Inoltre, l'indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:
 - a. 12 rate mensili del Finanziamento per singolo Sinistro;
 - b. 24 rate mensili del Finanziamento per l'intera durata della copertura.

Art. 10 Denuncia dei Sinistri

In caso di Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita Involontaria d'Impiego, 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

e seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore.

In caso di Decesso, il Sinistro deve essere tempestivamente denunciato a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi a

Bipiemme Vita S.p.a.

Ufficio Gestione Portafoglio

Via del Lauro, 1

20121 - MILANO

Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al numero 02.77.00.24.05

Ai fini della liquidazione dei Sinistri dovrà essere consegnata alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, la Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dalla Compagnia):

Decesso: certificato di morte; certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di Decesso a seguito di Malattia, copia della cartella clinica relativa al primo Ricovero ospedaliero per la patologia che ha causato il Decesso o verbale del Soccorso Sanitario d'Urgenza in caso di morte improvvisa; in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale di chiusura delle indagini reso dalle autorità competenti; in caso di effettuazione di autopsia, copia del referto autoptico; se l'Assicurato ha lasciato testamento, copia autenticata del testamento e copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire; se l'Assicurato non ha lasciato testamento, copia dell'atto sostitutivo di notorietà ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.

Invalidità Permanente Totale: certificazione di invalidità permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica e in caso di incidente stradale, copia del verbale di chiusura delle indagini reso dalle autorità competenti.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: dichiarazione del medico curante o del Pronto Soccorso e, in caso di Ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica.

Malattia Grave: copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto.

Perdita Involontaria d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre:

- **sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;**
- **consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della Compagnia medesima.**

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

Art. 11 Liquidazione dei Sinistri

Le Compagnie si impegnano a liquidare il Sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Rinuncia al diritto di rivalsa

Le Compagnie rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 13 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. 14 Legge applicabile

La legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 15 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie dovranno essere fatte per iscritto a:

- per la Polizza n. 2249: **Bipiemme Vita S.p.A.** – Via del Lauro, 1 – 20121 Milano;
- per la Polizza n. 10000000175: **Bipiemme Assicurazioni S.p.A.** – Via del Lauro, 1 – 20121 Milano;

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

Art. 16 Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 17 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte delle Compagnie, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalle Compagnie all'atto dell'adesione all'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 18 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto, foro competente sarà quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto.

Art. 19 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.

MODULO DI ADESIONE

**Polizza Collettiva Vita n. 2249 e Polizza Collettiva Danni n. 10000000175
tra ProFamily S.p.A. e Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**

Pratica Finanziamento N: _____ **Capitale Richiesto (in Euro):** _____ **Durata Finanziamento (mesi):** _____

Capitale Assicurato (in Euro): _____ **Durata Copertura (mesi):** _____ **N° intestatari:** _____

Il/la sottoscritto/a Signor/a, Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Indirizzo Residenza Via/Piazza _____ n° _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____

	Dettaglio Polizza Vita	Dettaglio Polizza Danni	Totale
Premio Unico anticipato Euro			
di cui Imposte Euro			
di cui Premio Detraibile Euro			
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) Euro			
Importo percepito dall'Intermediario Euro			
Costi di emissione del contratto Euro			
Costi di rimborso del contratto Euro			

PRENDO ATTO

- che ProFamily S.p.A. ha stipulato, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari di un Finanziamento da essa erogato, con Bipiemme Vita S.p.A. la Polizza Collettiva Vita n. 2249 ("Polizza Vita") concernente una copertura assicurativa per il caso di Decesso, e con Bipiemme Assicurazioni S.p.A. la Polizza Collettiva Danni n. 10000000175 ("Polizza Danni") concernente una copertura assicurativa per i casi di Invalidità Permanente Totale; di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (operante per i soli Lavoratori Dipendenti Pubblici o Lavoratori Autonomi); Malattia grave (operante per i soli Non Lavoratori) e di Perdita Involontaria d'Impiego (operante per i soli Lavoratori Dipendenti Privati);
- che le Polizze hanno carattere facoltativo e che l'erogazione del Finanziamento da parte di ProFamily S.p.A. non è in alcun modo condizionata all'adesione alle Polizze stesse;
- che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Finanziamento - a condizione che siano stati sottoscritti il presente Modulo di Adesione e la Dichiarazione di Buono Stato di Salute in esso contenuta e sia stato pagato il relativo Premio - e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal Piano di Rimborso Originario;
- che Beneficiari delle Prestazioni assicurative previste dal contratto sono l'Assicurato e/o i suoi eredi testamentari o, in assenza, legittimi.

DICHIARO di voler aderire in qualità di Assicurato alle Polizze Collettive Vita e Danni.

AUTORIZZO ProFamily S.p.A. a trasmettere a Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione delle Polizze Vita e Danni.

CONFERISCO MANDATO irrevocabile a ProFamily S.p.A. di effettuare, in nome e per conto mio, il pagamento dei Premi a favore di Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.. ProFamily S.p.A. tratterà l'ammontare dei Premi direttamente dal Capitale Finanziato.

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini dell'efficacia di tale adesione, **DICHIARO espressamente di essere in buono stato di salute** e, in particolare:

- di non essere stato affetto da una Malattia acuta o cronica (esempi di Malattie acute o croniche: disturbi cardiovascolari, insufficienza respiratoria,**

insufficienza renale, ipertensione arteriosa non controllata dal trattamento, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività all'HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronica ostruttiva) e di non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);

- di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di Malattia o di Infortunio;**

DICHIARO inoltre (in caso di Lavoratore Dipendente Privato) di non avere ricevuto dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione.

PROSCIOLGO dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli Istituti di Cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ed autorizzo sin d'ora le Compagnie 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 possono compromettere il diritto alla Prestazione. Prima della sottoscrizione è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni relative al proprio stato di salute.

Anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica con costo a proprio carico per certificare l'effettivo stato di salute.

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____

CLAUSELE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

L'Assicurato dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 5 "Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative"; 6 "Esclusioni"; 9 "Massimali"; 10 "Denuncia dei Sinistri"; 16 "Cessione dei diritti".

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

DICHIARO di avere ricevuto, letto ed accettato, prima dell'adesione alle Polizze Vita e Danni, copia integrale del Fascicolo Informativo - composto da Nota Informativa, Glossario, Condizioni di Assicurazione, Modulo di Adesione - ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 4 e 30 del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010.

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornitami, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 (il "Codice della Privacy"), da Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo quindi il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato _____