

Polizza Collettiva n° 10000000178
Contratto di Assicurazione Rami Danni Credit Protection a Premio Unico di tipo
collettivo e facoltativo
abbinato ai Finanziamenti erogati alle aziende clienti dagli Istituti appartenenti
al Gruppo Bipiemme

**Per i casi di: Decesso da Infortunio - Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia –
Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia – Ricovero Ospedaliero da
Infortunio e Malattia**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa**
- 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 la Nota Informativa.

Edizione 06/2013

SOFTOP CPI SMALL BUSINESS

FASCICOLO INFORMATIVO

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. a socio unico - Sede legale 20121 Milano - Via del Lauro, 1 - Capitale sociale Euro 19.000.000,00 int.vers.
Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita I.V.A. 07122890960
Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Provv. ISVAP n. 2860 del 22.12.2010, n. 2964 del 22.02.2012 e n. 3023 del 19.11.2012
Iscritta alla Sez. I dell’Albo Imprese presso l’IVASS al n. 1.00177
Società appartenente al Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi al n. 045
Direzione e coordinamento Bipiemme Vita S.p.A



NOTA INFORMATIVA BIPiemme ASSICURAZIONI S.p.A.

(ai sensi dell'articolo 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP¹n.35 del 26 maggio 2010)

POLIZZA COLLETTIVA RAMI DANNI n°10000000178

SOFTOP CPI Small Business

Contratto di Assicurazione Rami Danni Credit Protection a Premio Unico di tipo collettivo e facoltativo abbinato ai Finanziamenti erogati alle aziende clienti dagli Istituti appartenenti al Gruppo Bipiemme.

Coperture Assicurative: Decesso da Infortunio - Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia – Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia – Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia.

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'Azienda Aderente e l'Assicurando devono 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 "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, n. 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19.11.2012 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.

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

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 la Copertura Assicurativa cessa nei casi previsti all'art.4 "Cessazione della Copertura Assicurativa" delle Condizioni di Assicurazione.

3) COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Con la Polizza Collettiva, stipulata tra Bipiemme Assicurazioni S.p.A. e Banca Popolare di Milano S.c.a r.l. – che agisce anche in nome e per conto degli Istituti - la Compagnia si impegna, nel periodo di efficacia della Copertura Assicurativa, in relazione alle Aziende Aderenti che hanno aderito alla Polizza Collettiva, 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 Ammortamento 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 Decesso da Infortunio.

Il rischio coperto è il Decesso causato da Infortunio. La Compagnia corrisponde una somma pari al Debito Residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso causato da Infortunio, secondo il Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento erogato dagli Istituti, escluse eventuali Rate Mensili insolute.

Il Debito Residuo si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

Avvertenze:

per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione.

B. Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

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 Ammortamento Originario del Finanziamento erogato dagli Istituti, escluse eventuali Rate Mensili insolute.

Per data del Sinistro si intende la data di diagnosi della Malattia o la data dell'Infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

Il Debito Residuo si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Azienda Aderente e l'Assicurando nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, Periodo di Franchigia e Periodo di Carenza:

| Invalità Permanente Totale da Infortunio o Malattia dopo il Periodo di Carenza (60 giorni) | Operatività della Garanzia |
|---|--|
| Postumi di invalidità permanente valutati pari al 60% (*) | Liquidazione del Debito Residuo del Finanziamento alla data del Sinistro e risultante dal Piano di Ammortamento Originario |
| Postumi di invalidità permanente valutati pari al 50% (*) | Nessun Indennizzo verrà liquidato |

(*) Si precisa che:

1. In caso di Invalità Permanente Totale al Lavoro dovuta ad Infortunio, la Compagnia non applica alcuna Carenza;
2. Qualora la Malattia - dalla quale derivi l'Invalità Permanente Totale - venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza del contratto, il Sinistro non è comunque indennizzabile.

Avvertenze:

alla Copertura Assicurativa si applica un Periodo di Carenza.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7.2 delle Condizioni di Assicurazione.

C. Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

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 Ammortamento Originario e che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa e trascorso il Periodo di Franchigia. Il periodo di inabilità coincide con il periodo riportato nei certificati medici presentati dall'Assicurato. L'importo della Rata Mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati. Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Azienda Aderente e l'Assicurando nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, Periodo di Franchigia e Periodo di Carenza:

| Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia | Operatività della Garanzia |
|---|---|
| Pari a 24 giorni e successiva al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Nessun Indennizzo perché il Sinistro è avvenuto durante il Periodo di Franchigia (pari a 30 giorni) |
| Pari a 34 giorni e successiva al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Liquidazione di 1 Rata Mensile avente scadenza tra il 31° ed il 34° giorno, così come previste dal Piano di Ammortamento Originario, con il limite massimo di Euro 2.000,00 |
| Pari a 15 mesi e successiva al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Liquidazione – dopo il Periodo di Franchigia pari a 30 giorni - di 12 Rate Mensili aventi scadenza nel periodo di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, così come previste dal Piano di Ammortamento Originario, con il limite massimo di Euro 2.000,00 per Rata Mensile |
| Causata da Malattia Insorta nei primi 60 giorni (Periodo di Carenza) dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa | Nessun Indennizzo verrà liquidato |

(*) Si precisa che:

1. In caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro dovuta ad Infortunio, la Compagnia non applica alcuna Carenza;
2. Qualora la Malattia - dalla quale derivi l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro - venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza del contratto, il Sinistro non è comunque indennizzabile.

Avvertenze:

alla Copertura Assicurativa si applica un Periodo di Franchigia ed un Periodo di Carenza; per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7.3 delle Condizioni di Assicurazione.

D. Prestazioni in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

Il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia.

La Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari all'importo della Rata Mensile in scadenza così come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, **trascorso il Periodo di Franchigia**. Gli Indennizzi successivi al primo saranno liquidati per ogni periodo intero di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

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

L'importo della Rata Mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni numeriche per facilitare l'Azienda Aderente e l'Assicurando nella comprensione dei meccanismi di funzionamento di Massimali, Periodo di Franchigia e Periodo di Carenza:

| Ricovero Ospedaliero | Operatività della Garanzia |
|--|--|
| Pari a 6 giorni e successivo al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Nessun Indennizzo perché il Sinistro è incluso nel Periodo di Franchigia (pari a 7 giorni) |
| Pari a 12 giorni e successivo al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Liquidazione – dopo il Periodo di Franchigia - di 1 Rata Mensile così come prevista dal Piano di Ammortamento Originario, con il limite massimo di Euro 2.000,00 |
| Pari a 15 mesi e successivo al Periodo di Carenza (60 giorni) (*) | Liquidazione di 12 Rate Mensili così come previste dal Piano di Ammortamento Originario, con il limite massimo di Euro 2.000,00 per Rata Mensile |
| Avvenuto nei primi 60 giorni (Periodo di Carenza) dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa | Nessun Indennizzo verrà liquidato |

(*) Si precisa che:

1. In caso di Ricovero Ospedaliero dovuto ad Infortunio, la Compagnia non applica alcuna Carenza;
2. Qualora la Malattia - dalla quale derivi il Ricovero Ospedaliero - venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza del contratto, il Sinistro non è comunque indennizzabile.

Avvertenze:

**alla Copertura Assicurativa si applica un Periodo di Franchigia ed un Periodo di Carenza;
per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7.4 delle Condizioni di Assicurazione.**

3.2 Avvertenze relative a tutte le Coperture Assicurative

Si evidenzia che le Condizioni di Assicurazione prevedono ipotesi al ricorrere delle quali la Copertura Assicurativa non opera o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente e dell'Assicurando sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:

- a) Art.2 "Requisiti per l'assicurabilità e per l'adesione alla Copertura Assicurativa", che regola i requisiti per accedere alla Copertura Assicurativa;*
- b) Art.4 "Cessazione della Copertura Assicurativa", che elenca i casi al cui verificarsi la Copertura Assicurativa ha termine;*
- c) Art. 7 "Condizioni e Prestazioni relative alle Coperture Assicurative", che regola l'operatività delle garanzie ed in particolar modo il Periodo di Franchigia ed il Periodo di Carenza applicabili alle garanzie;*
- d) Art.8 "Esclusioni", che disciplina specifiche limitazioni all'operatività della Copertura Assicurativa;*
- e) Art.11 "Massimali", che disciplina i Massimali previsti in relazione alla Copertura Assicurativa (vale a dire la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia eroga le Indennità);*
- f) Art. 14 "Prescrizione", che richiama, con rinvio al Codice Civile, i termini entro i quali i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione devono essere fatti valere;*
- g) Art.17 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", che avverte sulle conseguenze di dichiarazioni inesatte o reticenti.*

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 Assicurativa.

Il **Periodo di Carenza** è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, durante il quale l'efficacia della Copertura Assicurativa è sospesa. Il Periodo di Carenza è operante per i soli eventi causati da Malattia.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una Carenza di 60 (sessanta) giorni, il Sinistro causato da Malattia e verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, non potrà essere indennizzato.

Il **Massimale** è la somma fino alla cui concorrenza la Compagnia eroga le Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Massimale pari a Euro 2.000,00 e il valore della Rata Mensile di rimborso ammonti a Euro 2.500,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 2.000,00.

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 Ammortamento

Originario.

La durata della Copertura Assicurativa non può essere superiore a 60 mesi oltre il Periodo di Preammortamento che non può essere superiore a 60 giorni.

La Copertura Assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e che sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. Farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Azienda Aderente, indipendentemente dalla valuta applicata.

La Copertura Assicurativa ha termine al verificarsi di uno dei seguenti eventi.

- 1) Scadenza del Finanziamento prevista dal Piano di Ammortamento Originario;
- 2) Per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- 3) Per esercizio del diritto di recesso dell'Azienda Aderente;
- 4) In caso di estinzione anticipata o Surroga Passiva del Finanziamento da parte dell'Azienda Aderente, salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le Coperture Assicurative;
- 5) Decesso dell'Assicurato;
- 6) Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia;
- 7) Cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente.

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

4) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO 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'Assicurando sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione, relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute

5) PREMIO ASSICURATIVO

Le Coperture Assicurative sono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Azienda Aderente di un Premio Unico e anticipato.

Tale Premio viene versato dall'Azienda Aderente contestualmente all'erogazione del Finanziamento esclusivamente tramite addebito diretto del c/c bancario che l'Azienda Aderente ha accesso presso l'Istituto. L'ammontare totale del Premio Unico, indicato sul Modulo di Adesione è comprensivo dell'imposta di assicurazione. Il suo ammontare viene calcolato così come riportato all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenze:

in caso di estinzione anticipata o di Surroga Passiva, l'Azienda Aderente ha diritto alla restituzione della parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'Azienda Aderente può richiedere il mantenimento delle Coperture Assicurative fino alla scadenza del Piano di Ammortamento Originario dandone informazione all'Istituto contestualmente alla richiesta di estinzione

anticipata o di Surroga Passiva del Finanziamento.

Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6) COSTI A CARICO DELL'AZIENDA ADERENTE

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

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:

| |
|---------|
| Costo % |
| 57,00% |

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

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

| |
|--|
| Quota parte retrocessa agli Intermediari |
| 75,44% |

A titolo esemplificativo per un Premio imponibile di Euro 100,00, i costi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del contratto sono pari a Euro 57,00 di cui Euro 43,00 rappresentano l'importo retrocesso agli Intermediari.

All'Azienda Aderente 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.

7) DIRITTO DI RECESSO

Avvertenze:

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

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Azienda Aderente potrà esercitare tale facoltà inviando alla Compagnia l'apposito Modulo di Uscita dalla Copertura o Recesso – consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo - con lettera raccomandata A/R.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

Il rimborso del Premio dovuto dalla Compagnia sarà calcolato e versato in conformità a quanto previsto dall'art.5 delle Condizioni di Assicurazione.

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, un'imposta sui Premi versati nella misura del 2,50% del relativo Premio imponibile.

11) DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

12) 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 e Contraente della Polizza Collettiva.

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. Di tali compensi è data evidenza al precedente punto 6 della presente Nota Informativa.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. opera in ogni caso in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e alle Aziende Aderenti.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13) SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenze:

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione descritto nella presente Nota Informativa si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano.

In caso di Sinistro, l'Azienda Aderente, 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, può essere utilizzato 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.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli artt. 8 e 12 delle Condizioni di Assicurazione.

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.

14) 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 del Consumatore, 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.

15) 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 in Italia dell'Assicurato e/o dell'Azienda Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, 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

I termini impiegati nel presente Fascicolo Informativo e nelle Condizioni di Assicurazione hanno il seguente significato (sia nella forma singolare che plurale).

Assicurato

Persona fisica di età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti, che ricopre un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente la quale ha aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione. L'Azienda Aderente indica gli Assicurati e corrisponde i relativi Premi. Sono assicurabili sino ad un massimo di 4 persone per ciascun Finanziamento.

Assicurando

La persona fisica che, ricoprendo un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente, viene indicata dalla stessa al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Assicurazione

Il Contratto di Assicurazione ed 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.

Azienda Aderente

La società – incluse le ditte individuali, gli studi associati e società di professionisti - intestataria di un Finanziamento, concesso dalla Contraente e che aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagando il Premio e indicando gli Assicurati.

Beneficiario

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

Capitale Assicurato

È il debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal Piano di Ammortamento Originario. Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di quattro persone. Il Capitale Assicurato si intenderà comunque equamente ripartito tra gli Assicurati.

Capitale Finanziato

È la sommatoria del Capitale Richiesto e del Premio con il limite massimo previsto dalle Condizioni di Assicurazione per ciascun Finanziamento.

Capitale Assicurato Pro-Quota

È il Capitale Assicurato relativo alla singola Posizione Assicurata.

Capitale Richiesto

E' il Capitale Richiesto dall'Azienda Aderente al momento della sottoscrizione del Finanziamento, comprensivo di eventuali commissioni, spese ed imposte previste dal contratto di Finanziamento.

Compagnia

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

Banca Popolare di Milano S.c.a r.l., che ha stipulato anche in nome degli Istituti, la Polizza Collettiva nell'interesse delle Aziende Aderenti , proprie clienti, che sottoscrivono Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

Contratto di Assicurazione

Contratto attraverso il quale l'Azienda Aderente trasferisce alla Compagnia un rischio al quale è esposta.

Copertura Assicurativa

Le garanzie assicurative concesse dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva e in forza delle quali la Compagnia stessa è tenuta al pagamento della Prestazione al verificarsi del Sinistro a favore del Beneficiario.

Data di Decorrenza

Le ore 24:00 del giorno di erogazione del Finanziamento all'Azienda Aderente da parte della Contraente a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. Farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Azienda Aderente, indipendentemente dalla valuta applicata.

Debito Residuo

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal Piano di Ammortamento Originario alla data del Sinistro, con esclusione di eventuali importi di Rate Mensili insolute prima del Sinistro.

Decesso

La morte dell'Assicurato.

Dichiarazione di Buono Stato di Salute

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

Durata del Finanziamento

E' la somma tra il Periodo di Ammortamento e l'eventuale Periodo di Preammortamento del Finanziamento.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla Copertura Assicurativa prestata dalla Compagnia.

Fascicolo Informativo

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

Finanziamento

E' il finanziamento con piano di ammortamento alla francese erogato dagli Istituti all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la Copertura Assicurativa del presente Contratto di Assicurazione.

La Durata del Finanziamento non può essere superiore a 60 mesi escluso il Periodo di Preammortamento di durata non superiore a 60 giorni.

La Rata Mensile di rimborso del Finanziamento deve essere pagata secondo le modalità definite nel contratto di Finanziamento stesso.

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.

Sono considerati Infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimenti di sostanze;
- c) l'annegamento; l'assideramento, il congelamento, la folgorazione i colpi di sole o di calore o di freddo;
- d) le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici;
- e) le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali;

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.

Istituti

Tutti gli Istituti appartenenti al Gruppo Bipiemme che agiscono in qualità di intermediari e che hanno erogato un Finanziamento all'Azienda Aderente.

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.

Malattia

Alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

Massimale

Limite massimo di indennizzo da parte della Compagnia in caso di Sinistro. Le conseguenze economiche eventualmente eccedente il Massimale restano a carico dell'Azienda Aderente.

Modulo di Adesione

Documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Azienda Aderente.

Parti

Azienda Aderente, Compagnia, Contraente e Assicurato.

Periodo di Carenza

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

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.

Periodo di Ammortamento

E' il periodo durante il quale è restituito gradualmente il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse. Tale periodo non può essere superiore a 60 mesi.

Periodo di Preammortamento

E' il periodo che intercorre tra la data di erogazione del Finanziamento e la data di inizio del Periodo di Ammortamento. Durante tale periodo, è previsto il pagamento di rate composte da soli interessi. Il Periodo di Preammortamento non può essere superiore a 60 giorni.

Piano di Ammortamento Originario

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

Polizza Collettiva

E' la Polizza n. 10000000178 stipulata fra la Contraente e la Compagnia nell'interesse delle Aziende Aderenti.

Posizione Assicurata

I dati afferenti all'Assicurato e contenuti nel relativo Modulo di Adesione.

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 di Assicurazione.

Premio Unico Pro-Quota

E' Il Premio Unico relativo alla singola Posizione Assicurata.

Rata Mensile

Rimborso mensile del Finanziamento, così come calcolato dalla Contraente secondo il Piano di Ammortamento Originario rilasciato all'Azienda Aderente. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli Indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia saranno determinati in ogni caso su base mensile (calcolati dividendo per 12 la somma degli importi delle Rate Mensili risultanti dal Piano di Ammortamento Originario dell'anno).

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.

Surroga Passiva

Il trasferimento del Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI⁽²⁾ 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 Assicurazioni S.p.A., Titolare del trattamento deve raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽³⁾, 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⁽⁴⁾ 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⁽⁵⁾. 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 Compagnia utilizzerà 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⁽⁶⁾; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati da altre società del nostro Gruppo⁽⁷⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati, anche all'estero, solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Compagnia coinvolti nella Prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie

NOTE

⁽²⁾ 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.

⁽³⁾ 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.

⁽⁴⁾ 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.

⁽⁵⁾ 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.

⁽⁶⁾ 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.

⁽⁷⁾ Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'IVASS con il n. 045 e a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa.

per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾.

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 Compagnia 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⁽⁹⁾.

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⁽¹⁰⁾.

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 al Responsabile del Trattamento, ossia il Direttore Generale protempore di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Via del Lauro 1 – 20121 Milano (sito internet www.bipiemmeassicurazioni.it)

⁽⁸⁾ 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.

⁽⁹⁾ 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.

⁽¹⁰⁾ 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

Il presente Contratto di Assicurazione, di cui alla Polizza Collettiva stipulata tra la Contraente e la Compagnia, comprende le seguenti Coperture Assicurative:

- **Decesso (da Infortunio);**
- **Invalidità Permanente Totale (da Infortunio e Malattia);**
- **Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (da Infortunio e Malattia);**
- **Ricovero Ospedaliero (da Infortunio e Malattia).**

Le Coperture Assicurative sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e sono prestate dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati e dell'Azienda Aderente.

Le Coperture Assicurative sono prestate senza limiti territoriali.

Art. 2 Requisiti per l'assicurabilità e per l'adesione alla Copertura Assicurativa

L'**Azienda Aderente** può aderire alla Polizza Collettiva contestualmente alla sottoscrizione di un **contratto di Finanziamento erogato** dagli Istituti del Gruppo Bipiemme, a condizione che:

- a) La durata del Periodo di Ammortamento sia pari ad un massimo di 60 mesi cui si può aggiungere un Periodo di Preammortamento pari ad un massimo di 60 giorni;
- b) Il Capitale Finanziato non sia superiore a Euro 200.000,00;
- c) Nel caso in cui l'Azienda Aderente abbia più Finanziamenti abbinati alla presente Polizza Collettiva, la sommatoria dei Capitali Finanziati per ciascun Finanziamento non potrà comunque superare Euro 500.000,00.

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

- a) Abbia residenza in Italia;
- b) Abbia compiuto i 18 anni di età;
- c) Non abbia compiuto il 70° anno di età alla scadenza del Finanziamento concesso dalla Contraente all'Azienda Aderente. Nel caso in cui l'Assicurato risulti coperto su più Finanziamenti assicurati con la Polizza Collettiva, la sommatoria delle quote parte dei Capitali Finanziati a lui attribuiti al momento della sottoscrizione di ciascun Finanziamento, incluso quello in oggetto, non potrà superare Euro 300.000,00;
- d) Dichiarare (così come riportato nella Dichiarazione di Buono Stato di Salute contenuta nel Modulo di Adesione)
 - I. di godere di un buono stato di salute;
 - II. 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;
 - III. di non aver sofferto di tumori, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione

- da HIV e, per quanto a propria conoscenza, di non soffrire di alcuna delle suddette patologie.
- IV. di prosciogliere dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora Bipiemme Assicurazioni S.p.A. all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati"

L'Azienda Aderente aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo – attraverso il proprio legale rappresentante - un Modulo di Adesione per ciascun Assicurato e pagando il Premio.

Per una stessa operazione di Finanziamento è possibile assicurare fino ad un massimo di 4 persone. Il Capitale Assicurato ed il relativo Indennizzo sarà ripartito pro-quota tra gli Assicurati.

Art. 3 Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa

3.1 Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto da parte dell'Azienda Aderente. Farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Azienda Aderente, indipendentemente dalla valuta applicata.

3.2 Durata della Copertura Assicurativa

La durata della Copertura Assicurativa è pari alla Durata del Finanziamento.

In caso di modifica della Durata del Finanziamento o di rinegoziazione dello stesso, le Coperture Assicurative rimarranno comunque commisurate, sia per le Prestazioni che per la durata, al Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento.

Art. 4 Cessazione della Copertura Assicurativa

La Copertura Assicurativa ha termine al verificarsi di uno dei seguenti eventi.

- 1) Scadenza del Finanziamento prevista dal Piano di Ammortamento Originario;
- 2) Per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- 3) Per esercizio del diritto di recesso dell'Azienda Aderente;
- 4) In caso di estinzione anticipata o Surroga Passiva del Finanziamento da parte dell'Azienda Aderente, salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le Coperture Assicurative;
- 5) Decesso dell'Assicurato;
- 6) Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia;
- 7) Cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente.

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

4.1 Cessazione della Copertura Assicurativa per Decesso da Malattia

In caso di Decesso di un Assicurato dovuto a Malattia, le garanzie cessano a partire dalla data del Decesso. Tale evento deve essere comunicato alla Compagnia da parte dell'Azienda Aderente, anche per il tramite dell'Istituto, inviando, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modulo di Uscita dalla Copertura o Recesso consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo al momento dell'adesione.

In tal caso la Compagnia restituirà all'Azienda Aderente il rateo del Premio Unico Pro-Quota relativo al periodo di assicurazione non goduto così come previsto al successivo art.5.

La Copertura Assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati secondo il Piano di Ammortamento Originario e dai singoli Moduli di Adesione.

4.2 Cessazione della Copertura Assicurativa per Decesso da Infortunio o Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

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

La Copertura Assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati ai medesimi secondo il Piano di Ammortamento Originario e dai singoli Moduli di Adesione.

4.3 Cessazione del rapporto tra Assicurato e Azienda Aderente

Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza, o associazione con l'Azienda Aderente, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità previsti al precedente art.2, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia anche per il tramite dell'Istituto inviando, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modulo di Uscita dalla Copertura o Recesso consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo consegnato al momento dell'adesione.

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

Ricevuta la comunicazione, la Compagnia restituirà all'Azienda Aderente il rateo del Premio Unico Pro-Quota relativo al periodo di assicurazione non goduto così come previsto al successivo art.5.

La Copertura Assicurativa continuerà per gli eventuali altri Assicurati ai medesimi termini e condizioni previsti dal Piano di Ammortamento Originario e dai singoli Moduli di Adesione.

4.4. Cessazione dell'attività d'impresa

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

L'Azienda Aderente dovrà darne comunicazione all'Istituto.

Ricevuta la comunicazione, all'Azienda Aderente sarà restituita la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato così come previsto al successivo art.5.

Art. 5 Estinzione anticipata del Finanziamento e Surroga Passiva

In caso di anticipata estinzione o Surroga Passiva del Finanziamento (qualora non risultino Sinistri in corso), le garanzie cessano per tutti gli Assicurati in copertura al momento dell'estinzione anticipata o Surroga Passiva. In tal caso, all'Azienda Aderente sarà restituita la parte di Premio relativa al periodo di assicurazione non goduto per ciascun Assicurato, 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).

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

Art. 6 Diritto di recesso dal Contratto di Assicurazione

A partire dall'inizio del quinto anno di validità della Copertura Assicurativa, l'Azienda Aderente può recedere dal Contratto – con effetto su tutti gli Assicurati - **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'Azienda Aderente potrà esercitare tale facoltà inviando alla Compagnia l'apposito Modulo di Uscita dalla Copertura o Recesso – consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo in fase di stipula - con lettera raccomandata A/R.

La comunicazione di recesso deve essere indirizzata a:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1

20121 MILANO

Il rimborso dovuto dalla Compagnia sarà calcolato e versato in conformità a quanto previsto dall'Art. 5 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 7 Condizioni e Prestazioni relative alle Coperture Assicurative

7.1 Copertura Assicurativa per Decesso da Infortunio

In caso di Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio verificatosi durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e fermi i Massimali di cui all'art.11 e le Esclusioni di cui all'art.8, la presente garanzia prevede il pagamento in un'unica soluzione, da parte della Compagnia all'Azienda Aderente di una somma pari al Debito Residuo in linea capitale, risultante il giorno del Decesso, secondo il Piano di Ammortamento Originario.

L'importo del Debito Residuo si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

Tale somma è intesa al netto di eventuali importi di Rate Mensili insolute.

L'Indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia.

7.2 Copertura Assicurativa in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

In caso di Infortunio o Malattia che comportino un'Invalidità Permanente Totale riconosciuta ed accertata di grado **pari o superiore al 60%** della totale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, nel corso di vigore della Copertura Assicurativa e fermi i Massimali di cui all'art.11 e le Esclusioni di cui all'art.8, la presente garanzia prevede il pagamento, in un'unica soluzione da parte della Compagnia all'Azienda Aderente di una somma pari all'importo del Debito

Residuo in linea capitale risultante alla data del Sinistro, secondo il Piano di Ammortamento Originario.

L'importo del Debito Residuo si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

Per data del Sinistro si intende la data di diagnosi della Malattia o la data dell'Infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

La valutazione dell'Invalidità Permanente Totale verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia in un periodo compreso tra 6 e 18 mesi dalla data del Sinistro.

Il grado di invalidità permanente viene accertato in base alla Tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modificazioni ed integrazioni.

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro o di Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'Importo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale così come eventuali importi di Rate Mensili insolute.

La Copertura Assicurativa è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 60 giorni: qualora l'Invalidità Permanente Totale dovuta a Malattia venga diagnosticata nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'Indennità non verrà corrisposta.

7.3 Copertura Assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

In caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro causata da Infortunio o Malattia, verificatosi durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e fermi i Massimali di cui all'art. 11 e le Esclusioni di cui all'art.8, la presente garanzia prevede il pagamento di un'Indennità pari alle Rate Mensili del Finanziamento come risultanti dal Piano di Ammortamento Originario che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa e successivamente al Periodo di Franchigia.

L'importo della Rata Mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

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

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

La Copertura Assicurativa è sottoposta :

- 1. ad un Periodo di Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa (data del certificato medico) o di Ricovero Ospedaliero;**
- 2. ad un Periodo di Carenza di 60 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Malattia venga notificata all'Assicurato nei primi 60 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa, l'Indennità non verrà corrisposta.**

La Prestazione prevista per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio o Malattia non si cumula con la contemporanea liquidazione della Prestazione prevista dalla Copertura Assicurativa Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia. In caso di Infortunio o Malattia dal quale derivi un Ricovero Ospedaliero, la Prestazione per l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro verrà liquidata trascorso il Periodo di Franchigia di 30 giorni a decorrere dalla data di dimissione dall'ospedale.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da

Infortunio o Malattia, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro – che dovessero occorrere allo stesso Assicurato - se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua normale attività lavorativa.

7.4 Copertura Assicurativa in caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di Ricovero Ospedaliero, dovuto a Infortunio o Malattia (reso necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali) la Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari all'importo della Rata Mensile in scadenza così come risultante dal Piano di Ammortamento Originario, **trascorso il Periodo di Franchigia** e fermi i Massimali di cui all'art. 11 e le Esclusioni di cui all'art.8.

L'importo della Rata Mensile si intende equamente ripartito tra il numero degli Assicurati.

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

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

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

La garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia non è operante se il ricovero avviene durante il periodo di Indennizzo per la garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia.

La Copertura Assicurativa è sottoposta

- 1. ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 (sette) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero;**
- 2. ad un Periodo di Carenza di 60 giorni se il Ricovero Ospedaliero è dovuto a Malattia: in questo caso, qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga entro 60 giorni dalla decorrenza della Copertura Assicurativa ovvero qualora la Malattia da cui deriva il Ricovero Ospedaliero dovesse essere diagnosticata entro 60 giorno dalla Decorrenza della Polizza, l'Indennità non verrà corrisposta.**

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

Quando un Sinistro per Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia sia stato pagato, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Ricoveri Ospedalieri – che dovessero occorrere allo stesso Assicurato - salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 90 giorni consecutivi.

Art. 8 Esclusioni

La Copertura Assicurativa non è operante nei seguenti casi:

- 1) dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;**
- 2) suicidio e tentativi di suicidio dell'Assicurato entro i primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;**

- 3) invalidità, Malattie, malformazioni, lesioni dell'Assicurato verificatesi e note all'Assicurato prima della Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, nonché conseguenze dirette o indirette da esse derivanti;
- 4) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 5) incidenti di volo se l'Assicurato viaggia alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- 6) 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);
- 7) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra. Verranno corrisposti gli Indennizzi derivanti da Sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 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;
- 8) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 9) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- 10) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro 3 mesi dal momento del Sinistro;
- 11) infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 12) Sinistri causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- 13) 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;
- 14) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- 15) cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni pre-esistenti alla Data di Decorrenza;
- 16) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro;
- 17) 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;
- 18) dall'uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- 19) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

- 20) conseguenze della pratica dei seguenti sport: pugilato, equitazione o partecipazione a concorsi ippici, rugby, football americano, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, scalate in cordata o in solitario, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili), immersioni subacquee, volo a vela, pratica di speleologia, , bungee jumping, tauromachia;
- 21) tutte le Attività Sportive Professionistiche salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- 22) conseguenze della pratica di tutti gli sport professionali che comporti un compenso o una remunerazione;
- 23) 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);

Art. 9 Beneficiari

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

Art. 10 Premio assicurativo

Le Coperture Assicurative sono prestate dalla Compagnia dietro corresponsione da parte dell'Azienda Aderente di un Premio Unico e anticipato equamente ripartito tra tutti gli Assicurati inseriti in copertura. Tale Premio viene versato dall'Azienda Aderente contestualmente all'erogazione del Finanziamento esclusivamente tramite addebito diretto del c/c bancario che l'Azienda Aderente ha acceso presso l'Istituto. Il Premio è determinato in relazione:

- alla durata del Periodo di Ammortamento del Finanziamento (indicata nel Modulo di Adesione);
- al Capitale Richiesto del Finanziamento.

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

Si forniscono di seguito alcune rappresentazioni esemplificative relative al Premio Unico e al Capitale Finanziato calcolati in base a quanto sopra esposto.

Importi in Euro

| CAPITALE RICHiesto | DURATA PERIODO DI AMMORTAMENTO | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|---------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|
| | 24 MESI | | 48 MESI | | 60 MESI | |
| | PREMIO | CAPITALE FINANZIATO | PREMIO | CAPITALE FINANZIATO | PREMIO | CAPITALE FINANZIATO |
| 50.000,00 | 792,36 | 50.792,36 | 1.610,24 | 51.610,24 | 2.029,14 | 52.029,14 |
| 100.000,00 | 1.584,72 | 101.584,72 | 3.220,48 | 103.220,48 | 4.058,27 | 104.058,27 |
| 150.000,00 | 2.377,08 | 152.377,08 | 4.830,72 | 154.830,72 | 6.087,41 | 156.087,41 |
| 200.000,00 | 3.169,44 | 203.169,44 | 6.440,96 | 206.440,96 | 8.116,55 | 208.116,55 |

Art. 11 Massimali

La Copertura Assicurativa è prestata con i seguenti limiti di Indennizzo:

- a) Per i casi di Decesso da Infortunio e Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia l'Indennizzo non potrà superare Euro 200.000,00 per Sinistro. Qualora l'Azienda Aderente indichi lo stesso assicurato per più finanziamenti abbinati alla Polizza Collettiva l'Indennizzo non potrà superare Euro 300.000,00 per Sinistro da intendersi come somma del Capitale Finanziato per ciascun Finanziamento. Resta inteso che il Capitale Finanziato si intende ripartito pro-quota tra gli Assicurati;
- b) Per i casi di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia e di Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia, l'Indennizzo non potrà superare Euro 2.000,00 mensili per Rata Mensile indipendentemente dal numero degli Assicurati. L'Indennizzo avverrà con il massimo di 12 Rate mensili per Sinistro e 24 Rate mensili per l'intera durata della Copertura Assicurativa. Tali Limiti sono da intendersi validi anche qualora l'Assicurato sia coperto da più Finanziamenti abbinati alla Polizza Collettiva. Resta inteso che l'importo della Rata Mensile si intende equamente ripartito per il numero degli Assicurati. Qualora la Rata Mensile sia superiore al limite di cui sopra, sarà tale limite a dover essere ripartito per il numero degli Assicurati.

Per ciascuna Azienda Aderente il Capitale Assicurato massimo non potrà comunque superare Euro 500.000,00 da intendersi come somma del Capitale Finanziato per ciascun Finanziamento.

Art. 12 Denuncia dei Sinistri

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

Il Sinistro deve comunque essere tempestivamente denunciato alla Compagnia componendo i seguenti numeri di telefono:

Numero Verde 800.055.177 (per Italia),

Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),

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

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

Bipiemme Assicurazioni

c/o BLUE ASSISTANCE

C.so Svizzera, 185

10149 – TORINO

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

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

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

Garanzia Decesso da Infortunio

1. Modulo di Denuncia del Sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva- relativo all'Assicurato denunciante il Sinistro - comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;

3. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
4. Certificato di Morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
5. Certificato medico attestante la causa del Decesso;
6. Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'Infortunio che ha causato il Decesso;
7. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
8. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
9. Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
10. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

1. Modulo di Denuncia del Sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
3. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
4. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
6. Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
7. Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'Infortunio o alla Malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
8. Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
9. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

Garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

1. Modulo di Denuncia del Sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
3. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
4. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
6. Copia del certificato del Pronto Soccorso, se presente;
7. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;

8. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro);
9. Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
10. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

1. Modulo di Denuncia del Sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
3. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
4. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
6. Copia del certificato del Pronto Soccorso, se presente;
7. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
8. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Ricovero Ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);
9. Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
10. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

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

- a. Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
- b. Verbale dell'Autorità giudiziaria intervenuta sul luogo del Sinistro;
- c. Decreto di Chiusura Istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica.

Art. 13 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 14 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. 15 Legge applicabile

La legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 16 Comunicazioni

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

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. 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 della Compagnia, 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 dalla Compagnia all'atto dell'adesione dell'Azienda Aderente 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'Azienda Aderente, dell'Assicurato e/o suoi aventi causa.

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 in Italia dell'Assicurato e/o dell'Azienda Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, 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. 20 Oneri Fiscali

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

MODULO DI ADESIONE
alla Polizza Collettiva Rami Danni facoltativa n° 1000000178
“SOFTOP CPI Small Business”

(Coperture Assicurative: Decesso da Infortunio - Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia - Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia – Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia)

ESTREMI DEL FINANZIAMENTO

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--|
| FINANZIAMENTO N°: | CAPITALE FINANZIATO: euro | DURATA DEL PERIODO DI AMMORTAMENTO (in mesi): |
| SCADENZA: | ISTITUTO: | AGENZIA: |

AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA

| | | |
|-------------------------|--------------|---------------|
| RAGIONE SOCIALE: | NDG: | P.IVA: |
| CITTÀ: | PROV: | CAP: |
| INDIRIZZO: | | |

ESTREMI DELL'ASSICURAZIONE ABBINATA AL FINANZIAMENTO E COSTI GRAVANTI SUL PREMIO A CARICO DELL'AZIENDA ADERENTE

| | | |
|---|--|--|
| PREMIO UNICO LORDO TOTALE: euro | DI CUI IMPOSTE: euro | |
| COSTI TOTALI PER SPESE DI ACQUISIZIONE E GESTIONE: euro | DI CUI IMPORTO TOTALE PERCEPITO DALL'ISTITUTO: euro | |
| CAPITALE ASSICURATO INIZIALE: euro | DURATA DELL'ASSICURAZIONE Pari alla Durata del Finanziamento (compreso l'eventuale Periodo di Preammortamento) | TOTALE DELLE POSIZIONI ASSICURATE COL FINANZIAMENTO (massimo 4): |

ASSICURANDO ED ESTREMI DELLA POSIZIONE ASSICURATA

| | | | |
|--|--------------|--|-----------------|
| COGNOME: | NOME: | NDG: | NATO IL: |
| CAPITALE ASSICURATO INIZIALE PRO-QUOTA: euro | | PREMIO UNICO LORDO PRO-QUOTA: euro | |

L'ASSICURANDO E L'AZIENDA ADERENTE PRENDONO ATTO

- che Banca Popolare di Milano (anche in nome degli Istituti di credito del Gruppo Bipiemme) ha sottoscritto con Bipiemme Assicurazioni S.p.A., per conto delle proprie Aziende Clienti, la Polizza Collettiva n. 1000000178 che presta le Coperture Assicurative su menzionate e le cui prestazioni sono regolate dalle Condizioni di Assicurazione;
- che le Coperture Assicurative decorrono **dalle ore 24.00 della data di erogazione del Finanziamento** a patto che venga sottoscritto il presente Modulo di Adesione e sia stato corrisposto il Premio contrattualmente previsto. **Farà fede il giorno di addebito del Premio sul c/c dell'Azienda Aderente**, indipendentemente dalla valuta applicata;
- che il Premio Unico anticipato viene addebitato - contestualmente all'erogazione del Finanziamento - sul c/c dell'Azienda Aderente;
- **che unico Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente contratto è l'Azienda Aderente. L'Assicurando rinuncia sin d'ora ad ogni pretesa connessa e inerente alle Prestazioni stesse.**

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

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

NOME e COGNOME in stampatello

Firma



DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità delle Coperture Assicurative, l'Assicurando, nel prestare il proprio consenso, anche ai sensi dell'art. 1919 c.c., alla conclusione del contratto, dichiara:

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

Il sottoscritto proscioglie dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ed autorizza sin d'ora Bipiemme Assicurazione S.p.A. 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 dall'Assicurando possono compromettere il diritto alla Prestazione. Prima della sottoscrizione della presente "Dichiarazione di Buono Stato di Salute" lo stesso soggetto deve verificarne l'esattezza.

Luogo e Data Firma Assicurando.....

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Assicurando e l'Azienda Aderente, ai sensi della normativa vigente, dichiarano di aver ricevuto, letto e accettato in ogni sua parte il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, comprensiva di Glossario, e le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data Firma Assicurando.....

Firma Legale Rappresentante Azienda Aderente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Assicurando e l'Azienda Aderente dichiarano di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 3 (Decorrenza e Durata della Copertura Assicurativa), Art. 4 (Cessazione della Copertura Assicurativa), Art. 7 (Condizioni e Prestazioni relative alle Coperture Assicurative), Art. 8 (Esclusioni), Art. 9 (Beneficiari), Art. 11 (Massimali), Art. 12 (Denuncia dei Sinistri).

Luogo e Data Firma Assicurando.....

Firma Legale Rappresentante Azienda Aderente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Luogo e Data Firma Assicurando.....

Firma Legale Rappresentante Azienda Aderente

NB: Compilare un Modulo di Adesione per ciascun assicurando

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO

Il sottoscritto incaricato dalla Banca:

- attesta l'autenticità delle firme apposte sul presente modulo
- attesta che è stato disposto l'addebito del premio sul rapporto bancario dell'Azienda Aderente
- attesta che il/i Legale/i Rappresentante/i ha/hanno pieni poteri di firma

N° di matricola, cognome e nome dell'Intermediario

Agenzia

Firma dell'Intermediario

Luogo e Data

NB: In caso di mancata erogazione del Finanziamento, il presente Modulo di Adesione, rimarrà privo di ogni e qualsiasi efficacia

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
Polizza collettiva Rami Danni n° 10000000178
“SOFTOP CPI Small Business”

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 raccomandata
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 _____

ESTREMI DEL FINANZIAMENTO

| | | | |
|-------------------|-----------|-----------|----------|
| FINANZIAMENTO N°: | SCADENZA: | ISTITUTO: | AGENZIA: |
|-------------------|-----------|-----------|----------|

AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA

| | | |
|--------------------------------|--|--------|
| RAGIONE SOCIALE: | NDG: | P.IVA: |
| CITTÀ: | PROV: | CAP: |
| INDIRIZZO: | IBAN DEL C/C INTESTATO ALL'AZIENDA ADERENTE: | |
| COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE: | NOME LEGALE RAPPRESENTANTE: | |

RAPPRESENTANTE LEGALE DELL' AZIENDA ADERENTE E CHE SOTTOSCRIVE IL PRESENTE MODULO DI DENUNCIA

| | | | |
|----------|-------|--------|-----------------|
| COGNOME: | NOME: | SESSO: | NDG: |
| NATO A: | PROV: | IL | CODICE FISCALE: |
| CITTÀ: | PROV: | CAP: | INDIRIZZO: |

DATI DELL'ASSICURATO

| | | | |
|----------|-------|--------|-----------------|
| COGNOME: | NOME: | SESSO: | NDG: |
| NATO A: | PROV: | IL | CODICE FISCALE: |
| CITTÀ: | PROV: | CAP: | INDIRIZZO: |

Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto inoltre che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000178, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L. 196/2003.

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

NOME e COGNOME in stampatello

Luogo e Data

Firma.....

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN SEDE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

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

10. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
11. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
12. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente;
13. Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
14. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
15. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato.

Inoltre, specificatamente alla garanzia richiamata

Garanzia Decesso da Infortunio

11. Certificato di Morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
12. Certificato medico attestante la causa del Decesso;
13. Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'Infortunio che ha causato il Decesso.

Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

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

Garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

11. Copia del certificato del Pronto Soccorso;
12. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
13. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro).

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

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

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

MODULO DI USCITA DALLA COPERTURA o RECESSO
alla Polizza collettiva Rami Danni facoltativa n° 10000000178
“SOFTOP CPI Small Business”

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE:

- Cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente**
- Decesso da malattia dell'Assicurato**
- Recesso** (possibile a partire dall'inizio del quinto anno della Copertura Assicurativa)

Spett.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro, 1

20121 - MILANO

ESTREMI DEL FINANZIAMENTO

| | | | |
|-------------------|-----------|-----------|----------|
| FINANZIAMENTO N°: | SCADENZA: | ISTITUTO: | AGENZIA: |
|-------------------|-----------|-----------|----------|

AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA

| | | |
|--------------------------------|--|--------|
| RAGIONE SOCIALE: | NDG: | P.IVA: |
| CITTÀ: | PROV: | CAP: |
| INDIRIZZO: | IBAN DEL C/C INTESTATO ALL'AZIENDA ADERENTE: | |
| COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE: | NOME LEGALE RAPPRESENTANTE: | |

DATI ASSICURATO/I PER CUI È RICHIESTA L'USCITA DALLA COPERTURA O IL RECESSO

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

1° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso per Malattia dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

2° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso per Malattia dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

3° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso per Malattia dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

4° ASSICURATO

Cognome.....Nome.....

Data di accadimento dell'evento (data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del Decesso per Malattia dell'Assicurato, data richiesta del Recesso).

Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto inoltre che al momento dell'adesione alla polizza collettiva n° 10000000178, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei dati ai sensi della L. 196/2003.

Luogo e Data

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

NOME e COGNOME in stampatello

Firma

