



BPM ASSICURAZIONI

# SOFTOP CPI SMALL BUSINESS

Credit Protection a premio annuo di tipo collettivo e facoltativo

Prima della sottoscrizione  
leggere attentamente  
la Nota Informativa.

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario la Proposta di Adesione deve essere consegnato all'Azienda Aderente prima della sottoscrizione della Proposta di Adesione.

**BPM ASSICURAZIONI S.p.A.**

Gruppo BPMVITA

# Fascicolo Informativo Softop Cpi Small Business

## Sommario

[Nota Informativa Bipiemme Assicurazioni S.p.A.](#)

[Glossario](#)

[Condizioni di Assicurazione](#)

PREMESSA

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

[Informativa sul trattamento dei dati personali](#)

[MODULO DI ADESIONE \(fac simile\)](#)

[QUESTIONARIO ANAMNESTICO \(fac simile\)](#)

[MODULO DI DENUNCIA SINISTRO \(fac-simile\)](#)

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



# Nota Informativa Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

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

## Polizza Collettiva n° 10000000183 Softop Cpi Small Business

*Contratto di Assicurazione collettiva ad adesione facoltativa abbinato ai Finanziamenti erogati alle Aziende clienti dalla Banche appartenenti al Gruppo Bipiemme.*

*Coperture danni: Decesso da infortunio - Invalidità Totale Permanente 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 devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.*

La Nota Informativa si articola nelle seguenti sezioni:

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

## A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

### 1. Informazioni generali

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita anche la "Compagnia"), società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al gruppo assicurativo Bipiemme Vita (iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il n. 045, a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012 e ha sede legale e direzione generale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano, Italia. Telefono (+39) 02 72235.081 - fax (+39) 02 72235.080 - sito internet

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



[www.bpmassicurazioni.it](http://www.bpmassicurazioni.it) - indirizzo di posta elettronica [info@bpmassicurazioni.it](mailto:info@bpmassicurazioni.it). Indirizzo di posta elettronica certificata: [bipiemmeassicurazioneispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazioneispa@legalmail.it).

## **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Al 31/12/2015, il Patrimonio Netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 22.295.967, di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 746.562. 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 382,62%.

## **B. Informazioni sul Contratto**

### **→ AVVERTENZA**

*Il Contratto di assicurazione non prevede il tacito rinnovo e le coperture assicurative cessano nei casi previsti all'ART. 5 - "CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" delle Condizioni di Assicurazione.*

## **3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni e esclusioni**

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

Di seguito si riporta il dettaglio delle garanzie offerte:

- **DECESSO DA INFORTUNIO:** nel caso di decesso dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Azienda Aderente una somma pari al capitale assicurato al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione. La garanzia è regolamentata all'ART. 17.1, della PARTE II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

### **→ AVVERTENZA**

*La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:*

**PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

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



**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.1 – Copertura assicurativa per decesso da infortunio, ART. 19 – ESCLUSIONI.**

**→ AVVERTENZA**

**La garanzia prevede l'applicazione di massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.1 – Copertura assicurativa per Decesso da infortunio. Di seguito si riporta un esempio.**

<b>ESEMPIO</b>	
Capitale assicurato (al 1° gennaio dell'anno in cui si verifica l'evento decesso)	€ 50.000
N° Assicurati	1
<b>Indennizzo</b>	<b>€ 50.000</b>

- **INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA:** nel caso di infortunio o malattia dell'assicurato verificatosi durante il periodo di validità della copertura assicurativa, da cui ne derivi la perdita accertata, definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, di grado pari o superiore al 60% della totale, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Azienda Aderente, a postumi stabilizzati, una prestazione pari al capitale assicurato al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione. La garanzia è regolamentata all'ART. 17.2, della PARTE II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

**→ AVVERTENZA**

**La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

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



ESEMPIO		
Capitale assicurato (al 1° gennaio dell'anno in cui si verifica l'evento che determina l'invalidità permanente)	€ 70.000	
N° Assicurati	1	
Postumi da invalidità permanente (stabilizzati)	60%	50%
<b>Indennizzo</b>	<b>€ 70.000</b>	<b>Nessuno<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> L'invalidità totale permanente accertata è inferiore alla franchigia, non si darà luogo ad alcun indennizzo

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.2 – Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia, ART. 19 – ESCLUSIONI.**

→ **AVVERTENZA**

**La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.2 – Copertura assicurativa in caso di Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia.**

**Di seguito si riporta un esempio.**

- **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA:** nel caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Azienda Aderente un indennizzo pari alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di inabilità stessa, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. La garanzia è regolamentata all'ART. 17.3 della PARTE II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

→ **AVVERTENZA**

**La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.3 – Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia.**

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

**→ AVVERTENZA**

**La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.3 – Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia**  
**Di seguito si riporta un esempio.**

ESEMPIO	
Evento	Indennizzo
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO <b>PARI A 24</b> (VENTIQUATTRO) GIORNI	Nessuno <sup>1</sup>
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA <b>PARI A 34</b> GIORNI (TRENTAQUATTRO) (inabilità decorso il periodo di franchigia pari a 30 -trenta- e successiva al periodo di carenza pari a 60 -sessanta- giorni) <sup>2</sup>	Liquidazione di 1 rata mensile avente scadenza tra il 31° ed il 34° giorno, così come previste dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro, con il limite massimo di Euro 2.000 (duemila)
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA <b>PARI A 15</b> (QUINDICI) MESI (inabilità successiva al periodo di carenza pari a 60 -sessanta- giorni) <sup>2</sup>	Liquidazione, dopo il periodo di franchigia pari a 30 -trenta- giorni, di 12 (dodici) rate mensili aventi scadenza nel periodo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro, così come previste dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro, con il limite massimo di Euro 2.000 (duemila) per rata mensile

<sup>1</sup> Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia. Si precisa che nel caso di inabilità dovuta ad infortunio, la Compagnia non applica i 30 -trenta- giorni di carenza

<sup>2</sup> Si precisa che qualora l'inabilità avvenga in un periodo successivo alla carenza e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 – sessanta - giorni di vigenza del Contratto il sinistro non è comunque indennizzabile per via della carenza

- **RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO E MALATTIA:** nel caso in cui l'Assicurato sia ricoverato, a seguito di infortunio o malattia, presso un Istituto di Cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Azienda Aderente un indennizzo pari alla somma delle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al

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



Finanziamento. La garanzia è regolamentata all'ART. 17.4 della PARTE II delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

→ **AVVERTENZA**

**La garanzia prevede ipotesi al ricorrere delle quali la copertura assicurativa non opera, opera con limitazioni o è sospesa. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione: ART. 3 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.4 – Copertura assicurativa in caso di Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia.**

→ **AVVERTENZA**

**La garanzia prevede l'applicazione di franchigie, carenze e massimali di copertura. A tale riguardo, si richiama l'attenzione dell'Azienda Aderente sulle seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione:**

**PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione: ART. 17.4 – Copertura assicurativa in caso di Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia.**

**Di seguito si riporta un esempio.**

ESEMPIO	
Evento	Indennizzo
RICOVERO OSPEDALIERO <b>PARI A 6</b> (SEI) GIORNI	Nessuno <sup>1</sup>
RICOVERO OSPEDALIERO <b>PARI A 12</b> (DODICI) GIORNI (ricovero successivo ai 60 -sessanta- giorni di carenza dalla data di decorrenza della copertura assicurativa) <sup>2</sup>	Liquidazione - dopo il periodo di franchigia - di 1 (una) rata mensile così come prevista dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro, con il limite massimo di Euro 2.000 (duemila)
RICOVERO OSPEDALIERO <b>PARI A 15</b> (QUINDICI) MESI (ricovero successivo ai 60 -sessanta- giorni di carenza dalla data di decorrenza della copertura assicurativa) <sup>2</sup>	Liquidazione di 12 (dodici) rate mensili così come previste dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro, con il limite massimo di Euro 2.000 (duemila) per rata mensile

<sup>1</sup> Nessun indennizzo liquidato perché il sinistro è in franchigia

<sup>2</sup> Si precisa che:

- in caso di ricovero ospedaliero dovuto ad infortunio, la Compagnia non applica i 60 (sessanta) giorni di carenza;
- qualora il ricovero ospedaliero da malattia avvenga in un periodo successivo alla carenza e la diagnosi della malattia rientra nei primi 60 (sessanta) giorni di vigenza del Contratto il sinistro non è comunque indennizzabile

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





#### **4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**

**→ AVVERTENZA**

*Le dichiarazioni inesatte o le reticenze rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare effetti sulla prestazione. Per le relative conseguenze si rinvia all'ART. 2 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.*

**→ AVVERTENZA**

*Le Condizioni di Assicurazione non prevedono cause di nullità diverse da quelle previste dalla legge.*

#### **5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia nel caso di aggravamento del rischio così come disciplinato all'ART. 2 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.

#### **6. Premi**

Le coperture assicurative vengono prestate dietro il pagamento di un premio annuo che è dovuto per tutta la durata del Contratto.

Il premio, il cui importo è indicato nel Modulo di Adesione ed il cui onere è completamente a carico dell'Azienda Aderente, **viene addebitato sul conto corrente indicato dall'Azienda Aderente; per i dettagli si rimanda all'ART. 6 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

**Un'illustrazione dettagliata dei costi a carico dell'Azienda Aderente – unitamente all'indicazione degli importi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto, nonché la quota parte riconosciuta alla Contraente in qualità di Intermediario – è riportata al successivo punto 6.1 della presente Nota Informativa attraverso apposite tabelle esemplificative.**

##### **6.1 Costi gravanti sul premio**

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

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

**Costi di rimborso del premio:** il presente Contratto non è gravato dal alcun costo di rimborso del premio.

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

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

<b>COSTO %</b>
57%

Il costo è calcolato sul premio annuo al netto delle imposte.

Nella seguente tabella viene riportata la quota parte percepita dalla Banca:

<b>QUOTA PARTE PERCEPITA DALLA BANCA</b>
75,44%

Di seguito si riporta un esempio.

<b>ESEMPIO</b>	
Premio a pagamento annuo (lordo imposte; € 195 al netto delle imposte)	€ 200
Costi trattenuti dalla Compagnia (costi trattenuti a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto di assicurazione)	€ 111,15
Di cui importo percepito dagli Istituti Intermediari (importo compreso nella voce precedente "costi trattenuti dalla Compagnia")	(€ 83,85)

## 6.2 Estinzione anticipata, surroga passiva ed accollo del Finanziamento

### → AVVERTENZA

***Si precisa che in caso di estinzione anticipata del Finanziamento, qualora non risultino sinistri, l'Azienda Aderente ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.***

***In alternativa, l'Azienda Aderente potrà richiedere il mantenimento delle coperture assicurative operanti al momento della richiesta.***

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

## 7. Rivalse

Per rivalsa si intende: il rivalersi di una perdita per un danno subito ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Azienda Aderente, al diritto di rivalsa, **così come specificato all'ART. 10 della PARTE I delle Condizioni di Assicurazione.**

## 8. Diritto di recesso

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

**→ AVVERTENZA**

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

*L'Azienda Aderente può recedere inoltre dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.*

*I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati all'ART. 9 della PARTE I delle Condizioni Generali di Assicurazione.*

**9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto**

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

**10. Legge applicabile al Contratto**

Al Contratto sarà applicata la legge italiana.

**11. Regime fiscale**

Al Contratto si applica il trattamento fiscale italiano.

I premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore, ossia 2,50% (due virgola cinquanta per cento).

**C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami****12. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo****→ AVVERTENZA**

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

*Per gli aspetti di maggiore dettaglio sulle modalità e i termini per la denuncia del sinistro nonché sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto all'ART. 21 della PARTE III delle Condizioni Generali di Assicurazione.*

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

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



### 13. Reclami

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

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

Gestione Reclami

Via del Lauro n. 1, 20121 Milano

Fax 02.85964440

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

Coloro i quali siano in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata possono inviare eventuali reclami anche all'indirizzo di posta elettronica certificata della Compagnia: [bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi a:

**IVASS**

Servizio Tutela del Consumatore

Sezione Tutela degli Assicurati

Via del Quirinale 21 – 00187 Roma,

Fax 06.42.13.32.06,

Utilizzando il modulo predisposto dall'Istituto (scaricabile al seguente link: [http://www.IVASS.it/IVASS\\_cms/docs/f2180/allegato2\\_guida\\_ai\\_reclami.pdf](http://www.IVASS.it/IVASS_cms/docs/f2180/allegato2_guida_ai_reclami.pdf)) e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia ovvero:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo: [IVASS@pec.IVASS.it](mailto:IVASS@pec.IVASS.it).

In tal caso, per velocizzarne la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato pdf.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura finnet.

Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet:

[Http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](Http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm)

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



In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### **14. Arbitrato e mediazione per la conciliazione delle controversie**

##### **→ AVVERTENZA**

***Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato.***

***In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.***

***Per i dettagli si rinvia all'ART. 15 della PARTE I - Condizioni Generali di Assicurazione.***

#### **D. Altre informazioni sul Contratto**

#### **15. Conflitto di interessi**

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

Si precisa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A., nell'adempimento dei propri obblighi derivanti dal Contratto, anche in presenza di conflitto di interesse, opera in modo da non arrecare pregiudizio agli assicurati.

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

#### **16. Informazioni sull'area riservata del sito internet della Compagnia**

L'Azienda Aderente può accedere, gratuitamente e da qualsiasi postazione internet, a un'apposita area riservata del sito internet della Compagnia all'interno della quale sarà possibile consultare alcune informazioni concernenti la propria posizione assicurativa, tra cui:

- le coperture assicurative in essere;

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



- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- lo stato dei pagamenti dei premi.

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

Al termine della registrazione l'Azienda Aderente riceverà, all'indirizzo e-mail indicato, delle credenziali provvisorie, da modificare al primo accesso, con le quali poter consultare la propria posizione assicurativa.

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

\* \* \* \* \*

**Si precisa che per la consultazione degli aggiornamenti alla presente nota informativa non derivanti da innovazioni normative, il Contraente/Azienda Aderente potrà consultare il sito internet di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. [www.bpmassicurazioni.it](http://www.bpmassicurazioni.it). La Compagnia è responsabile della veridicità, della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente nota informativa.**

L'amministratore Delegato

Richard Ellero

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



# Glossario

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

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

**iniziale****Capitale assicurato pro-quota**

È il capitale assicurato relativo alla singola posizione assicurata.

**Cartella clinica**

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero ospedaliero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

**Compagnia**

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., 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 delle Banche appartenenti al Gruppo Bipiemme, la Polizza Collettiva nell'interesse delle Aziende Aderenti, propri 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.

**Convenzione assicurativa**

L'accordo sottoscritto tra la Compagnia e la Contraente. Tale convenzione stabilisce le modalità per la stipula, da parte dei clienti, delle coperture assicurative regolate dalle Condizioni di Assicurazione, facenti parte del presente Fascicolo Informativo.

**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.

D

**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 pagamento del premio, indipendentemente dalla valuta applicata.

**Debito residuo**

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro, con esclusione di eventuali importi di rate mensili insolute prima del sinistro.

**Decesso da infortunio**

La morte dell'Assicurato a seguito di infortunio.

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





	<b>Durata del Finanziamento</b>	E' la somma tra il periodo di ammortamento e l'eventuale periodo di preammortamento del Finanziamento.
E	<b>Esclusioni</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia.
F	<b>Fascicolo Informativo</b>	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.
	<b>Finanziamento</b>	È il Finanziamento con piano di ammortamento alla francese erogato dalla Banca all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la copertura assicurativa del presente Contratto di assicurazione. La durata del Finanziamento non può essere superiore a 60 (sessanta) mesi escluso il periodo di preammortamento di durata non superiore a 60 (sessanta) giorni. La rata mensile di rimborso del Finanziamento deve essere pagata secondo le modalità definite nel contratto di Finanziamento stesso
I	<b>Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia</b>	La perdita temporanea a seguito di infortunio o malattia, e in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.
	<b>Indennizzo, Indennità, Prestazione</b>	Importo liquidabile dalla Compagnia in caso di sinistro in base alle Condizioni di Assicurazione.
	<b>Infortunio</b>	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.
	<b>Intermediario</b>	Persona fisica o giuridica che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione, svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tali attività.

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



	<b>Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia</b>	La perdita totale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.
	<b>Istituto di Cura</b>	Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
	<b>IVASS</b>	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con Legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.
<b>M</b>	<b>Malattia</b>	Alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
	<b>Modulo di Adesione</b>	Documento predisposto dalla Compagnia contenente la dichiarazione di adesione alla copertura da sottoscrivere a cura dell'Azienda Aderente.
<b>P</b>	<b>Parti</b>	Azienda Aderente, Compagnia, Contraente e Assicurato.
	<b>Periodo di ammortamento</b>	È il periodo durante il quale è restituito gradualmente il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse. Tale periodo non può essere superiore a 60 (sessanta) mesi.
	<b>Periodo di carenza</b>	Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della copertura assicurativa durante il quale, per sinistri causati da malattia, le garanzie non sono operanti. Pertanto, se l'evento assicurato si dovesse verificare nel corso di tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
	<b>Periodo di franchigia</b>	Periodo di tempo – immediatamente successivo al sinistro - durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna indennità.
	<b>Periodo di preammortamento</b>	È il periodo che intercorre tra la data di erogazione del Finanziamento e la data di inizio del periodo di ammortamento. Durante tale periodo, è previsto il pagamento di rate composte da soli interessi. Il periodo di preammortamento non può essere superiore a 60 (sessanta) giorni.

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



	<b>Piano di ammortamento (valido al momento del sinistro)</b>	Il piano di rimborso del Finanziamento rilasciato all'Assicurato dalla Contraente al momento dell'erogazione del Finanziamento stesso; qualora il sinistro avvenga negli anni successivi al primo, il piano di ammortamento sarà pari al piano di rimborso al 1° gennaio di ciascun anno.
	<b>Polizza Collettiva</b>	E' la polizza n. 10000000183 stipulata fra la Contraente e la Compagnia nell'interesse delle Aziende Aderenti.
	<b>Posizione assicurata</b>	I dati afferenti all'Assicurato e contenuti nel relativo Modulo di Adesione.
	<b>Premio</b>	La somma dovuta alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata.
R	<b>Rata mensile</b>	Rimborso mensile del finanziamento, così come calcolato dalla Contraente secondo il piano di ammortamento valido al momento del sinistro rilasciato all'Azienda Aderente. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro da infortunio e malattia e Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia saranno determinati in ogni caso su base mensile (calcolati dividendo per 12 - dodici - la somma degli importi delle rate mensili risultanti dal piano di ammortamento valido al momento del sinistro).
	<b>Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia</b>	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
S	<b>Sinistro</b>	Evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
	<b>Surroga passiva</b>	Il trasferimento del Finanziamento ad altro soggetto finanziatore.

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

# Condizioni di Assicurazione

## PREMESSA

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

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

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

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

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

## PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

### ART. 1. OGGETTO DELLA COPERTURA

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

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

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

### ART. 2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato e dell'Azienda Aderente - in particolare quelle fornite mediante la compilazione del "Questionario Anamnestico" - devono essere veritiere, corrette e complete al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia.

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

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

A) quando esiste dolo o colpa grave:

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

B) quando non esiste dolo o colpa grave:

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

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

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

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

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

- 1) la durata del periodo di ammortamento sia pari ad un massimo di 60 (sessanta) mesi, salvo il caso di eventuale rinegoziazione o moratoria del Contratto di Finanziamento, cui si può aggiungere un periodo di preammortamento pari ad un massimo di 60 (sessanta) giorni;

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



- 2) il capitale assicurato iniziale non sia superiore a Euro 200.000 (duecentomila); nel caso in cui l'Assicurato risulti coperto su più Finanziamenti assicurati con la Polizza Collettiva, la sommatoria delle quote parte dei capitali finanziati a lui attribuiti al momento della sottoscrizione di ciascun Finanziamento, incluso quello in oggetto, non potrà superare Euro 300.000 (trecentomila);
- 3) nel caso in cui l'Azienda Aderente abbia più Finanziamenti abbinati alla presente Polizza Collettiva, la sommatoria dei capitali finanziati per ciascun Finanziamento non potrà comunque superare Euro 500.000 (cinquecentomila).

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

- a) abbia residenza in Italia;
- b) abbia compiuto i 18 (diciotto) anni di età;
- c) non abbia compiuto il 70° (settantesimo) anno di età alla scadenza del Finanziamento concesso dalla Contraente all'Azienda Aderente;
- d) abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;
- e) abbia risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento "Questionario Anamnestico MOD. QA005 ed. 2016/07" che costituisce parte integrante del presente Contratto. L'Azienda Aderente aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo – attraverso il proprio Legale Rappresentante - un Modulo di Adesione per ciascun Assicurato e pagando il premio.**

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

**Resta inteso che la Compagnia si riserva comunque sempre la facoltà di accettare il rischio a proprio insindacabile giudizio**

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

### **ART. 4.1. Decorrenza delle garanzie**

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento "Questionario Anamnestico MOD. QA005 ed. 2016/07" e sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto da parte dell'Azienda Aderente. Farà fede il giorno di pagamento del premio, indipendentemente dalla valuta applicata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





Nel caso in cui l'Assicurato cessi i rapporti di collaborazione, dipendenza, o associazione con l'Azienda Aderente, in base ai quali sussistevano i requisiti di assicurabilità previsti al precedente ART. 3, quest'ultima dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia anche per il tramite della Banca inviando, a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modulo di Uscita dalla copertura o Recesso consegnato congiuntamente 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 annuo pro-quota relativo al periodo di assicurazione non goduto così come previsto al successivo ART. 7.

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

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

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

L'Azienda Aderente dovrà darne comunicazione alla Banca.

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

#### **ART. 6. PREMIO ASSICURATIVO**

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

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

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

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

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

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente nell'anno di scadenza naturale del Finanziamento, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti

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



sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno, come di seguito indicato:

$$\text{Premio ultima annualità} = t \times KA \times df$$

dove:

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

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

**KAI** = capitale assicurato iniziale

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{Rimborso del premio} = \frac{P * (n - t)}{N}$$

Dove:

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

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Azienda Aderente proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata una parte del Finanziamento le coperture assicurative continueranno ad operare per l'anno in corso, sulla base del capitale assicurato su cui è stato pagato il premio; per gli anni successivi le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

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

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

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

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

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

L'Azienda Aderente potrà esercitare tale facoltà inviando alla Compagnia l'apposito Modulo di Uscita dalla copertura o Recesso – consegnato congiuntamente 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.**

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



Via del Lauro n. 1  
20121 Milano

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

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

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

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

#### **ART. 11. PRESCRIZIONE**

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

#### **ART. 12. LEGGE APPLICABILE**

La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

#### **ART. 13. COMUNICAZIONI**

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

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

Via del Lauro,  
20121 Milano.

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

#### **ART. 14. FORO COMPETENTE**

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

#### **ART. 15. ARBITRATO E MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE**

Le divergenze sul diritto all'indennizzo e le controversie di natura medica sulle cause ed entità delle lesioni, nonché sui criteri di indennizzabilità possono essere demandate, su

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



concorde volontà delle parti ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo dovrà essere prescelto tra gli specialisti in medicina legale e delle assicurazioni, dal presidente dell'ordine dei medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il collegio dei medici si riunirà nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza 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.

#### **Avvertenza:**

**Resta salva in ogni caso la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria.**

Qualora una delle parti del presente Contratto intenda agire in giudizio per una controversia avente ad oggetto gli obblighi contrattuali dovrà preliminarmente esperire la procedura di mediazione obbligatoria prevista dal d. Lgs. N. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal caso, la richiesta di mediazione, depositata presso uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il ministero della giustizia, dovrà essere fatta pervenire alla sede legale di Bipiemme Assicurazioni S.p.A., servizio legale e societario, via del Lauro n. 1, 20121 Milano, anche a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo [bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it](mailto:bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it) ovvero a mezzo fax al n. 02. 859644.40.

#### **ART. 16. ONERI FISCALI**

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

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



## PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

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

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

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

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

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

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

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

Per data del sinistro si intende la data di diagnosi della malattia o la data dell'infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile.

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

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

Eventuali indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro o di Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data della

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



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 (sessanta) giorni: qualora l'Invalidità Permanente Totale dovuta a malattia venga diagnosticata nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurativa, l'indennità non verrà corrisposta.**

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

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

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

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

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

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

**La copertura assicurativa è sottoposta:**

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

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

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

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

decorrere dalla data di dimissione dall'ospedale.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi durante il periodo contrattuale in uno stato di ricovero ospedaliero, dovuto a infortunio o malattia (reso necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali) la Compagnia garantisce la corresponsione di una somma pari alle rate mensili o di diverso frazionamento (in tal caso il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportato in dodicesimi) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio di ciascun anno. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del capitale assicurato iniziale indicato nel Modulo di Adesione.

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

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

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

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

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

**La copertura assicurativa è sottoposta:**

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

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

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi ricoveri ospedalieri – che dovessero

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



occorrere allo stesso Assicurato - salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo evento, l'Assicurato sia stato dimesso per un periodo di 90 (novanta) giorni consecutivi.

## ART. 18. MASSIMALI

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

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

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

## ART. 19. ESCLUSIONI

La copertura assicurativa non è operante nei seguenti casi:

- 1) **Dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;**
- 2) **Suicidio e tentativi di suicidio dell'Assicurato entro i primi 2 (due) anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione;**
- 3) **Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- 4) **Incidenti di volo se l'Assicurato viaggia alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**
- 5) **Incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- 6) **Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra. Verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle**

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





ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi città del vaticano e repubblica di san marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;

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

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



**22) Svolgimento delle seguenti attività lavorative qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci.**

#### **ART. 20. BENEFICIARI**

Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente Contratto è l'Azienda Aderente.

L'Assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revoca o modifica del Beneficiario.

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



## PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

### ART. 21. DENUNCIA DEI SINISTRI

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

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

**Numero verde 800.055.177 (per Italia),  
Linea urbana +39.011.74.172.66 (per l'estero),**

**Contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 (otto) alle ore 18:00 (diciotto).**

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

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

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

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

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

#### **Garanzia Decesso da infortunio**

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva - relativo all'Assicurato denunciante il sinistro;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'ufficio di stato civile in carta semplice;
6. Certificato medico attestante la causa del decesso;
7. Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'infortunio che ha causato il decesso;

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



8. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente;
9. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
10. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
11. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

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

1. Modulo di Denuncia del sinistro (consegnato congiuntamente al presente Fascicolo Informativo);
2. Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
3. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva;
4. Copia integrale del piano di ammortamento valido al momento del sinistro;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente;
6. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
7. Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
8. Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
9. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
10. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

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

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

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



dell'Assicurato;

7. Copia del certificato del pronto soccorso;
8. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
9. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale al lavoro);
10. Documento comprovante la nomina del legale rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del legale rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;
11. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.

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

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

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

- a. Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
- b. Verbale dell'autorità giudiziaria intervenuta sul luogo del sinistro;
- c. Decreto di chiusura istruttoria emesso dalla procura della repubblica.

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



# Informativa sul trattamento dei dati personali<sup>1</sup>

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

Gentile Cliente, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarLa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito denominata Società), in qualità di Titolare del trattamento, dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati<sup>2</sup> che La riguardano.

## A. Trattamento dei dati personali per finalità assicurative<sup>3</sup>

Al fine di fornirLe i servizi e le prestazioni assicurative da Lei richieste o previsti in Suo favore, la Società è tenuta a raccogliere i dati personali che La riguardano presso di Lei o presso altri soggetti<sup>4</sup> o raccolti presso di Lei e riferiti a terzi (conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, etc. ed i cui dati verranno trattati limitatamente alle finalità assicurative) e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge in esecuzione e nello svolgimento dei Suoi rapporti con la Società, nel quadro delle finalità assicurative.

In caso di conferimento da parte Sua di dati personali relativi a terzi, è responsabile della suddetta comunicazione ed è tenuto ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi all'utilizzo dei loro dati, in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con la Società, con gli altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa e con le altre società del Gruppo Bipiemme Vita.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati per la fornitura dei suddetti servizi e le prestazioni assicurative da parte della Società e di terzi, di norma designati Responsabili, a cui tali dati saranno pertanto comunicati, o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>5</sup> e, in alcuni

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

<sup>2</sup> Come ad esempio: nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica, targa/telaio del veicolo ecc.; dati amministrativi e contabili.

<sup>3</sup> e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali da parte del Titolare, a titolo esemplificativo: per attività preliminari (quali la stesura di preventivi) o strumentali alle predette (quali ad esempio la registrazione, l'organizzazione e l'archiviazione dei dati raccolti per i trattamenti in argomento); predisposizione e stipulazione di polizze assicurative, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione e coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società, adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, ecc.); analisi di nuovi mercati assicurativi, gestione e controllo interno, attività statistico-tarifarie.

<sup>4</sup> Ad esempio, altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contratti 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 consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>5</sup> In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche convenzionate; nonché ad enti

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



casi, obbligatori per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le autorità di vigilanza di settore<sup>6</sup>.

Il consenso potrà, altresì, riguardare la raccolta di eventuali dati sensibili o giudiziari<sup>7</sup> inerenti alla fornitura dei servizi e delle prestazioni assicurative citate, il trattamento dei quali sarà circoscritto entro i limiti strettamente necessari, stabiliti dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Si precisa che senza i suoi dati la Società non potrà essere in grado di fornirLe correttamente, in tutto o in parte, i servizi e le prestazioni assicurative citate.

### **B. Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o di marketing**

Se acconsente, i Suoi dati saranno trattati dalla Società ai sensi degli artt. 23 e 130, commi 1 e 2, del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare indagini statistiche, anche attraverso soggetti terzi di norma designati Responsabili, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di altre società del Gruppo<sup>8</sup>, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore, anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo.

Se acconsente, esclusivamente per le medesime finalità, i dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti che operano in qualità di autonomi titolari<sup>9</sup> del trattamento dei dati personali.

Si precisa che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente Informativa.

### **C. Modalità di trattamento dei dati personali**

ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o assicurativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza.

<sup>6</sup> Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

<sup>7</sup> L'art. 4, comma 1, lett. D) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; il medesimo art. 4, comma 1, lett. E) del D. Lgs. 196/2003 definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

<sup>8</sup> Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi presso l'ISVAP con il n. 045 e a sua volta appartenente al più ampio gruppo Covéa.

<sup>9</sup> I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente facendo richiesta alla Società.

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





I Suoi dati saranno trattati<sup>10</sup> con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo da personale, appositamente designato quale Incaricato o Responsabile, ovvero impegnato alla riservatezza, appartenente alle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei servizi e/o dei prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia, di norma designati Responsabili, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa<sup>11</sup>. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con piena assicurazione delle misure di sicurezza previste dal legislatore.

#### **D. Diritti dell'interessato**

L'interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7, 8, 9, 10 e 130 del D. Lgs. n.196/2003 (quali ad esempio quello di avere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati, di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati nelle ipotesi previste, etc.).<sup>12</sup> Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi direttamente al Responsabile del Trattamento, ovvero l'Amministratore Delegato di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Via del Lauro 1 – 20121 Milano (sito internet [www.bipiemmeassicurazioni.it](http://www.bipiemmeassicurazioni.it)).

<sup>10</sup> Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati.

<sup>11</sup> Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

<sup>12</sup> Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

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





## MODULO DI ADESIONE (fac simile)

alla Polizza Collettiva 1000000183

Tra le Banche del gruppo Bipiemme e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

(SOFTOP CPI SMALL BUSINESS)

Agenzia ..... N° Assicurati ..... (massimo 4)  
 (compilare un modulo per ciascun cointestatario/Assicurato)

### DATI DEL FINANZIAMENTO

Banca erogante (Contraente della polizza): .....

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

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

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

Ragione Sociale: .....

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

Città: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

### DATI DELLA POSIZIONE ASSICURATA

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

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

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

#### PRENDONO ATTO CHE

- La Banca ha stipulato ai sensi dell'articolo 1891 c.c. con Bipiemme Assicurazioni S.p.A. una convenzione per la copertura dei rischi Decesso da infortunio, Invalidità Permanente Totale da infortunio e malattia, Inabilità Temporanea Totale da infortunio e malattia e Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia cui possono aderire le Aziende che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con la Banca;
- **che la polizza ha carattere facoltativo e che l'erogazione del Finanziamento da parte della Banca non è in alcun modo condizionato all'adesione alla polizza stessa;**
- che le suddette coperture assicurative sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi l'evento, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che il tasso di premio è comprensivo del 2,50% (due virgola cinquanta per cento) d'imposta per le coperture danni;
- che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della data di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- che l'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Azienda Aderente di un premio annuo, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Compagnia e per tutta la durata delle stesse. Il pagamento del premio, il cui onere è completamente a carico dell'Azienda Aderente, viene addebitato sul conto corrente indicato da quest'ultimo;
- **che, in assenza di sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza;**

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



- che è possibile recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;
- che unico Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal presente Contratto è l'Azienda Aderente. L'Assicurato rinuncia sin d'ora ad ogni pretesa connessa e inerente alle prestazioni stesse;
- che il numero di rate rimborsabili dalla Compagnia nell'ipotesi in cui si verifichi l'evento Inabilità Temporanea Totale e/o Ricovero Ospedaliero è inferiore al numero totale di rate del Finanziamento.

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

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

Firma .....

### AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni rilasciate.

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- di essere residente nel territorio della repubblica italiana;
- di avere ricevuto e letto attentamente il "QUESTIONARIO ANAMNESTICO - MOD. QA005 ed. 2016/07", e di aver risposto negativamente a ciascuna domanda non avendo ommesso alcuna risposta;
- di prestare il proprio consenso alla conclusione del contratto assicurativo ai sensi dell'art. 1919 c.c.;

L'Assicurato dichiara inoltre di essere a conoscenza:

- che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- che Beneficiario delle prestazioni assicurative previste dal contratto è l'Azienda Aderente.

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

### DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

#### Coperture assicurative previste

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

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

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

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

€ ..... così composto:

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

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



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

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

Firma .....

**CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE**

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

**ART. 4 (DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA), ART. 5 (CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA), ART. 6 (PREMIO), ART. 17 (CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE), ART. 18 (MASSIMALI), ART. 19 (ESCLUSIONI), ART. 20 (BENEFICIARI), ART. 21 (DENUNCIA DEI SINISTRI).**

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

Firma .....

**INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE**

**L'Azienda Aderente, ai sensi della normativa vigente, dichiara altresì 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 ..... Legale Rappresentante Azienda Aderente:  
 Nome e Cognome (in stampatello) .....

Firma .....

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

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

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

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

Firma .....

Luogo e Data ..... Firma Intermediario .....

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



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO (fac simile)

per l'adesione alla  
**Polizza Collettiva CPI Small Business n.10000000183**  
 MOD. QA005 ed. 2016/07

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

### **DATI DELL'ASSICURATO**

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

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

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

Indirizzo e-mail .....

### **DATI DEL FINANZIAMENTO**

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

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

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

Importo del Finanziamento richiesto € .....

### **DATI DELLA FILIALE**

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

### **DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Attenzione: rispondere a tutte le domande barrando si/no

- 1) **Soffre di morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi a placche?**
- 2) **Soffre o ha sofferto di sieropositività per HIV, AIDS o malattie HIV-correlate?**
- 3) **Soffre o ha sofferto di dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcool?**
- 4) **E' titolare di una pensione di invalidità o sta per avviare una procedura di richiesta d'invalidità maggiore o uguale al 66%?**
- 5) **Ha sofferto o soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie:**
  - neoplasie maligne e leucemie,
  - valvulopatie, coronaropatie, infarto del miocardio, ipertensione arteriosa grave - ovvero pressione arteriosa minima almeno pari a 120 e/o pressione arteriosa massima almeno pari a 210,

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

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



- cirrosi epatica, epatopatie croniche attive, HBV e HCV correlate, pancreatite,
  - miastenia grave,
  - ictus, aneurismi, pregresse emorragie cerebrali, infezioni ed ascessi cerebrali, malattie del midollo spinale,
  - insufficienza renale cronica.
- 6) La differenza tra la sua altezza (in cm) ed il suo peso (in kg) è inferiore a 70 o superiore a 125? Indicare: altezza in cm ..... - peso in kg ..... = .....
- 7) Ha avuto altre assicurazioni a protezione della sua salute stornate per sinistro negli ultimi 3 anni?
- 8) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita? Oppure un'accettazione a condizioni particolari?

 SI  NO SI  NO SI  NO

## DICHIARAZIONI

### Io sottoscritto:

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

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

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

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

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

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

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

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



## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Polizza Collettiva n. 10000000183

“SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

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



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

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

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

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

Ragione Sociale: .....

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

Città: ..... Prov: ..... Cap: .....

Indirizzo: .....

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

Cognome e Nome Rappresentante Legale: .....

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

Cognome e Nome: .....

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

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

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

Indirizzo: .....

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

Cognome e Nome: .....

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

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

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

Indirizzo: .....

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

- o Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva relativo all'Assicurato denunciante il sinistro;
- o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);

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



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

**Inoltre, specificatamente alla garanzia richiamata:**

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

 **Decesso da infortunio**

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

 **Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia**

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

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

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

 **Ricovero Ospedaliero da infortunio e malattia**

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

**Il sottoscritto dà atto che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 1000000183 gli è stata resa l'informativa e ha prestato il consenso al trattamento dei propri dati ai sensi del D. Lgs 196/2003.**

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome in stampatello: .....

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

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

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



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

### Polizza Collettiva n. 10000000183

### “SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

#### BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE:

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

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

#### Estremi del Finanziamento:

Finanziamento n°: ..... Scadenza: .....  
Banca: ..... Agenzia: .....

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

Ragione Sociale: .....  
Ndg: ..... Partita Iva: .....  
Città: ..... Prov: ..... cap: .....  
Indirizzo: .....  
Iban del c/c intestato all'Azienda Aderente: .....  
Cognome e Nome Rappresentante Legale: .....

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

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

##### 1° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di accadimento dell'evento: .....  
(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

##### 2° Assicurato

Cognome: ..... Nome: .....  
Data di accadimento dell'evento: .....  
(data di cessazione del rapporto di lavoro tra Assicurato e Azienda Aderente, data del decesso per malattia dell'Assicurato, data richiesta del recesso).

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



**3° Assicurato**

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

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

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

**4° Assicurato**

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

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

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

**Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto inoltre che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000183, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003**

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome in stampatello: .....

Luogo e Data .....

Firma: .....

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