

Credit Protection Insurance

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: CPI Small Business

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, di tipo collettivo e abbinabile ai contratti di finanziamento erogati dalla Banca distributrice alle aziende, copre i rischi derivanti da gravi eventi (quali decesso da infortunio, invalidità totale permanente da infortunio e malattia, inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio e malattia e ricovero ospedaliero da infortunio e malattia) che possano compromettere la capacità di rimborso del finanziamento.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Decesso
Nel caso di decesso per infortunio viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.
- ✓ Invalidità Totale Permanente
Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.
- ✓ Inabilità Temporanea
Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi un'inabilità temporanea totale, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità stessa.
- ✓ Ricovero Ospedaliero
Nel caso di ricovero dell'Assicurato 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, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il ricovero stesso.

Le garanzie sono valide per tutti gli Assicurati indipendentemente dalla professione svolta.

- ✗ i soggetti che non siano nella condizione di poter rispondere negativamente a tutti i quesiti del questionario anamnestico sottoposto prima dell'adesione alla polizza.

Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- ! suicidio e tentativi di suicidio, atti di autolesionismo o stato di incapacità di intendere o di volere;
- ! incidenti di volo su aeromobile non autorizzato, viaggio in qualità di membro dell'equipaggio alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero su aeromobili di aeroclub, di società/aziende per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ! partecipazione a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! attività sportive professionistiche o che comportino una remunerazione, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! pratica di sport rischiosi, quali, per esempio: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idrosci, snowboard, sci alpinismo o fuori pista, immersioni subacquee, rafting, bungee jumping, rugby, football americano, pugilato, lotta.

Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e 70 compiuti al momento della scadenza del finanziamento;



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture assicurative sono valide senza limiti territoriali; in caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- al momento della sottoscrizione, di effettuare dichiarazioni veritiere, corrette e complete;
- in caso di sinistro, di denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuo ed è corrisposto mediante il conto corrente indicato dall'Azienda Aderente per il pagamento delle rate del finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dal giorno di stipula del finanziamento, ovvero dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La durata della copertura assicurativa non può essere superiore alla durata del finanziamento, cui si può aggiungere l'eventuale periodo di preammortamento. Il totale della durata del finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento non può essere superiore a 60 mesi, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del contratto di finanziamento. La copertura assicurativa ha comunque termine:

- alla scadenza del finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso e Invalidità Permanente dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o surroga passiva del finanziamento da parte dell'Azienda Aderente (salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative);
- per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;



Come posso disdire la polizza?

A condizione che non siano stati denunciati sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza. È inoltre possibile recedere dal contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

Il recesso deve essere comunicato alla filiale della Banca distributrice presso cui è stata emessa la polizza oppure alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R.

Assicurazione Credit Protection Insurance BANCO BPM ASSICURAZIONI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: CPI Small Business

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 10/2022
ed è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Via Massaua 6; 20146; Milano.

Tel. (+39) 02 72.23.50.81; Sito internet: www.bancobpmassicurazioni.it; E-mail: info@bancobpmassicurazioni.it

PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Banco BPM Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Banco BPM Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Banco BPM Vita (a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Banco BPM), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dell'articolo 91 del CAP, il patrimonio netto di Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è pari a € 33.284.029, di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 6.206.679. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) di cui all'articolo 47-septies del CAP, disponibile sul sito internet dell'Impresa all'indirizzo www.bancobpmassicurazioni.it. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'Impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 17.001.914; il requisito patrimoniale minimo di solvibilità dell'Impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 4.250.479; i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a € 44.656.643; il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 262,66%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Le garanzie prestate dalla compagnia sono le seguenti: Decesso, Invalidità permanente, Inabilità temporanea, Ricovero ospedaliero.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali contrattualmente previsti.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

Non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Per la garanzia Decesso, ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip base, sono esclusi i sinistri causati da:

- * omicidio dell'Assicurato consenziente;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Azienda Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- * partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- * incidente di volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- * consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool;
- * sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Per le garanzie Invalidità permanente, Inabilità temporanea, Ricovero ospedaliero, ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip base, sono esclusi i sinistri causati da:

- * malattie tropicali o epidemiche;
- * incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;
- * partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- * contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- * uso o produzione di esplosivi;
- * abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- * Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- * operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetiche non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- * prestazioni per la cura di infertilità e sterilità;
- * interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- * pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, alpinismo, volo a vela, kitesurf, snowkite, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica

	<p>di speleologia, scalate in cordata o in solitario, tauromachia, hockey bob, atletica pesante, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;</p> <ul style="list-style-type: none"> * partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo); * 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); * parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; * sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.
--	---

 Ci sono limiti di copertura?		
<p>- <u>Decesso da infortunio</u>: la garanzia opera nei limiti della somma assicurata indicata nel modulo di adesione con il massimo di 200.000€;</p> <p>- <u>Invalità Permanente</u>: la garanzia prevede una franchigia del 59% nei limiti della somma assicurata indicata nel modulo di adesione con il massimo di 200.000€;</p> <p>- <u>Inabilità temporanea</u>:</p>		
Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
INABILITA' TEMPORANEA	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	60 giorni
<p>- <u>Ricovero ospedaliero</u>:</p>		
Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
RICOVERO OSPEDALIERO	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	7 giorni

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: In caso di sinistro è necessario dare tempestivamente avviso all'Impresa componendo i seguenti numeri di telefono: Numero Verde 800.055.177 (per Italia) Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero) contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: Non previste</p>
	<p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte e reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Ricevuta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento entro 30 giorni.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	- Il premio é comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - Il premio deve essere pagato annualmente in un'unica soluzione.
Rimborso	Si ha diritto al rimborso del premio eventualmente già corrisposto in caso di: - estinzione anticipata parziale e totale; - surroga passiva, rinegoziazione e moratoria; - recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza. L'Impresa, espletate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di premio pagata e non fruita, al netto delle imposte e dei relativi costi amministrativi indicati nel Modulo di Adesione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	La polizza non prevede la possibilità di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
--	--



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle Aziende sottoscrittrici di un finanziamento presso la Banca distributrice, che vogliono assicurare il debito residuo nel caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone chiave dell'Azienda aderente.



Quali costi devo sostenere?

<p>- Costi intermediazione 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 al 57%; di questo costo, la quota parte percepita in media dal Distributore è pari ad un 75,44%.</p> <p>- Costi dei PPI: non sono presenti ulteriori costi.</p>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Gestione Reclami Via Massaua 6, 20146 MILANO Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bancobpmassicrazioni.it Posta elettronica certificata: comunicazioni@pec.bancobpmassicrazioni.it L'impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 Posta elettronica certificata: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)(obbligatorio).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Polizza SOFTOP CPI SMALL BUSINESS

Credit Protection a premio annuo di tipo collettivo e facoltativo
Condizioni di Assicurazione ed. 10/2022

I documenti sono stati redatti secondo le Linee Guida del tavolo tecnico
"Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi.

I documenti sono stati redatti nel mese di ottobre 2022 e i dati in essi contenuti sono
aggiornati a ottobre 2022



| Presentazione

Il prodotto è una copertura assicurativa di tipo collettivo, rivolto alle persone giuridiche che abbiano sottoscritto un contratto di Finanziamento con Banco BPM (di seguito "la Banca") e che vogliano assicurare il debito residuo in caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone fisiche chiave della propria Azienda.

Coperture prestate

Con il presente Contratto, l'Azienda Aderente acquista le seguenti coperture:

1. Decesso da infortunio
2. Invalidità permanente
3. Inabilità temporanea
4. Ricovero ospedaliero

Sommario

Glossario	5
Condizioni di assicurazione	9
SEZIONE 1- Decesso da infortunio	10
Art. 1.1 – Chi è assicurato	10
Art. 1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	10
Art. 1.3 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	10
SEZIONE 2 – Invalidità Permanente	11
Art. 2.1 – Chi è assicurato	11
Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	11
Art. 2.3 – Carenza	11
Art. 2.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	11
SEZIONE 3 – Inabilità Temporanea	12
Art. 3.1 – Chi è assicurato	12
Art. 3.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	12
Art. 3.3 – Carenza	12
Art. 3.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	12
SEZIONE 4 – Ricovero Ospedaliero.....	13
Art. 4.1 – Chi è assicurato	13
Art. 4.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	13
Art. 4.3 – Carenza	13
Art. 4.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	13
SEZIONE 5 – Esclusioni.....	14
Art. 5.1 – Esclusioni decesso da infortunio (Sezione 1)	14
Art. 5.2 – Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)	14

SEZIONE 6 – Contratto dalla A alla Z 16

Art. 6.1 – Requisiti di assicurabilità 16

Art. 6.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 16

Art. 6.3 – Decorrenza del contratto 17

Art. 6.4 – Durata del contratto 17

Art. 6.5 – Pagamento del premio 17

Art. 6.6 – Numero massimo di persone assicurabili 18

Art. 6.7 – Diritto di recesso..... 18

Art. 6.8 – Beneficiari..... 18

Art. 6.9 – Estinzione anticipata e surroga passiva..... 19

Art. 6.10 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del finanziamento 19

Art. 6.11 – Cessazione della copertura assicurativa 20

Art. 6.12 – Oneri fiscali..... 20

Art. 6.13 – Forma delle comunicazioni 20

Art. 6.14 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente 21

Art. 6.15 – Prescrizione 21

Art. 6.16 – Cessione dei diritti..... 21

SEZIONE 7 - Denuncia ed obblighi in caso di sinistro 22

Art. 7.1 – Denuncia in caso di sinistro 22

Art. 7.2 – Obblighi in caso sinistro 22

Art. 7.3 – Pagamento dell'indennizzo 23

Art. 7.4 – Liquidazione dell'indennizzo 24

Art. 7.5 – Denunce successive 25

Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali..... 26

Modulo di Adesione (fac-simile)

Questionario Anamnestico (fac-simile)

Glossario

A	Assicurato	La persona fisica di età compresa tra i 18 e i 70 anni, che ricopre un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
	Assicurazione	Insieme delle garanzie previste in polizza.
	Azienda Aderente	La società (incluse le ditte individuali, gli studi associati e società di professionisti) intestataria di un Finanziamento, concesso dalla Contraente ("Banca") e che aderisce facoltativamente alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione, pagando il premio e indicando gli Assicurati.
B	Banca	Banco BPM S.p.A. che eroga un Finanziamento e che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.
	Beneficiari	Il soggetto (l'Azienda Aderente) al quale spettano le prestazioni previste nel contratto.
C	Capitale assicurato	Il debito residuo in linea capitale risultante al 1 gennaio di ogni anno.
	Capitale assicurato iniziale	L'importo indicato nel Modulo di Adesione, al netto di eventuali rimborsi anticipati.
	Capitale assicurato pro-quota	L'importo di capitale relativo al singolo Assicurato, pari al rapporto tra il Capitale assicurato ed il numero degli Assicurati.
	Carenza	Periodo durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.
	Cartella clinica	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, 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	Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
	Contraente	La Banca che ha stipulato la polizza collettiva con la Compagnia per conto dei propri clienti che sottoscrivono un contratto di Finanziamento.
D	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 insolte prima del sinistro.
	Decesso	Morte dell'Assicurato a seguito di infortunio.
F	Finanziamento	Prestito erogato dalla Banca all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la copertura assicurativa del presente Contratto di assicurazione. La rata mensile di rimborso del Finanziamento deve essere pagata secondo le modalità definite nel contratto di Finanziamento stesso.
	Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Azienda Aderente tiene a suo carico, perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.
I	Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
	Indennizzo/risarcimento	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
	Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze, - l'asfissia non dipendente da malattia; - le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria; - le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.
	Invalità Permanente	Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro,

		indipendentemente dalla professione esercitata.
	Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
	IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.
M	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo che l'Azienda Aderente e gli Assicurati devono sottoscrivere per aderire alla Polizza Collettiva.
P	Periodo di ammortamento	È il periodo durante il quale l'Azienda Aderente si obbliga a restituire il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse.
	Polizza Collettiva	Il contratto stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.
	Preammortamento	Periodo, di durata non superiore a 60 giorni, che decorre dall'erogazione del Finanziamento durante il quale l'Azienda Aderente è tenuta alla corresponsione al Contraente della parte costituita dalla sola quota interessi.
	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Azienda Aderente alla Banca e, per il tramite della Contraente, viene riversato alla Compagnia in relazione alla copertura assicurativa.
	Prestazione	Importo liquidabile dalla Compagnia in base alle Condizioni di Assicurazione.
R	Ricovero Ospedaliero	Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.
S	Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata

	l'assicurazione.
Società	Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Somma assicurata	L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Società è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.
Surroga passiva	Trasferimento del Finanziamento presso un altro distributore.

Condizioni di assicurazione

POLIZZA COLLETTIVA CPI SMALL BUSINESS n. 10000000183

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il rapporto contrattuale tra il Contraente e la Compagnia.

Il Contratto è abbinabile ai Finanziamenti erogati dalla Banca e può essere stipulato solo contestualmente alla sottoscrizione del Prestito, nei limiti e nei termini di cui alle presenti Condizioni.

Gli obblighi della Compagnia dipendono esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle presenti Condizioni, 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.

Sezione 1 – Decesso da infortunio

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. 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, salvo il caso di cui all'**Art. 6.10 delle presenti Condizioni**.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Art. 1.3 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
DECESSO DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Non previsti

Sezione 2 – Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di un infortunio o di una malattia che comporti una Invalidità permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia riconosce all'Azienda Aderente una prestazione pari al capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. 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.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Per data del sinistro si intende la data di diagnosi della malattia o la data dell'infortunio che hanno generato l'invalidità indennizzabile. Eventuali stati di invalidità pregressa o l'aggravamento di una patologia preesistente per la quale era già stata riconosciuta una percentuale di invalidità non sono rilevanti, pertanto, ai fini del calcolo della percentuale dell'invalidità permanente.

Eventuali indennizzi già corrisposti per la Sezione 3 “Inabilità Temporanea” e per la Sezione 4 “Ricovero Ospedaliero” nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data di riconoscimento dell'Invalidità Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per la presente garanzia.

Art. 2.3 Carenza

L'Invalidità Permanente da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

L'Invalidità Permanente da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adotterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 2.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
INVALIDITA' PERMANENTE	Nei limiti della somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Franchigia 59%

Sezione 3 – Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini un'inabilità temporanea, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari alla somma delle rate mensili in scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa.

L'importo indennizzabile è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro.

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. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'**Art. 6.10 delle presenti condizioni.**

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Le Inabilità Temporanee dovute a infortunio, mal di schiena e patologie assimilabili dovranno essere comprovate da esami diagnostici e/o clinici.

Art. 3.3 Carenza

L'Inabilità Temporanea da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

L'Inabilità Temporanea da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adatterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 3.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
INABILITA' TEMPORANEA	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	60 giorni

Sezione 4 – Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde all'Azienda Aderente un indennizzo pari alla somma delle rate mensili (o di diverso frazionamento) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. 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. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all' **Art. 6.10 delle presenti condizioni**.

In caso di Polizza con più Assicurati, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato pro-quota.

Art. 4.3 Carenza

Il Ricovero Ospedaliero da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

Il Ricovero Ospedaliero da malattia è sottoposto ad un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Per stabilire se un sinistro si sia verificato nel periodo di carenza, si adotterà la data di diagnosi della malattia.

Art. 4.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
RICOVERO OSPEDALIERO	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	7 giorni

Sezione 5 – Esclusioni

Art. 5.1 – Esclusioni Decesso da infortunio (Sezione 1)

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- a) dolo del Beneficiario;
- b) suicidio dell'Assicurato;
- c) omicidio dell'Assicurato consenziente;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Azienda Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- g) partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- h) 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;
- i) consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool;
- j) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Art. 5.2 – Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)

Sono esclusi dalla copertura i sinistri causati da:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) incidenti 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;
- d) incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;
- e) viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- f) viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni

dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e Repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;

- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- i) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- j) guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;
- k) uso o produzione di esplosivi;
- l) abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- m) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- o) prestazioni per la cura di infertilità e sterilità;
- p) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- q) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato (compreso il suicidio ed il tentato suicidio) o nel caso in cui si trovi in uno stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- r) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia, hockey bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;
- s) pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive compiute a livello professionistico, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- t) pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
- u) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- v) 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);
- w) parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- x) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Sezione 6 – Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 – Requisiti di assicurabilità

Al momento dell'adesione alla polizza, l'Azienda Aderente deve:

- a) avere sottoscritto con la Banca distributrice un Contratto di finanziamento con durata massima pari a 5 anni, 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 giorni;
 - con durata del periodo di ammortamento pari ad un massimo di 60 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 giorni;
 - con un capitale assicurato iniziale non superiore a 200.000 euro; in caso di più finanziamenti, nel caso in cui l'Assicurato risulti coperto su più Finanziamenti 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 300.000 euro;
 - con sommatoria dei capitali finanziati per ciascun Finanziamento non superiore a 500.000 euro (nel caso in cui l'Azienda Aderente abbia più Finanziamenti abbinati alla presente Polizza Collettiva).
- b) assicurare ciascuna persona fisica che ricopra ruoli chiave nell'Azienda Aderente e che:
 - sia residente nel territorio della Repubblica Italiana;
 - abbia, al momento dell'adesione del Contratto, compiuto il 18° anno di età; non abbia compiuto il 70° anno di età alla scadenza del Finanziamento concesso all'Azienda Aderente;
 - abbia risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento Questionario Anamnestico che costituisce parte integrante del presente Contratto;
 - non sia mai stato ricoverato in terapia intensiva.

Il Capitale assicurato iniziale per ogni singola Polizza non potrà essere superiore a 200.000 euro.

Nel caso in cui un soggetto rivesta la qualifica di Assicurato in due o più Polizze, la somma dei Capitali assicurati pro-quota a lui riferiti non potrà essere superiore a 300.000 euro.

Nel caso in cui un'Azienda Aderente sottoscriva due o più Polizze, la somma dei Capitali assicurati non potrà essere superiore a 500.000 euro.

Art. 6.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Azienda Aderente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio – in particolare quelle rilasciate durante la compilazione del Questionario Anamnestico - possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Qualora la Compagnia intenda recedere dal contratto, ne darà comunicazione all'Azienda Aderente tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Azienda Aderente 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.

Eventuali variazioni delle circostanze di rischio intervenute tra la data di adesione alla copertura assicurativa e la data di decorrenza delle garanzie, dovranno essere comunicate alla Compagnia. In questo caso la Compagnia si riserva il diritto di accettare o di rifiutare il rischio.

Art. 6.3 – Decorrenza del contratto

L'Assicurazione ha effetto dal giorno di pagamento del premio.

Art. 6.4 – Durata del contratto

La durata dell'Assicurazione non può essere superiore alla durata del Finanziamento più l'eventuale periodo di preammortamento pari a 60 giorni, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del Contratto di Finanziamento.

In nessun caso la Compagnia sarà obbligata a corrispondere alcuna prestazione per sinistri che si verifichino oltre il termine di durata delle coperture assicurative.

Art. 6.5 – Pagamento del premio

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto all'addebito su conto corrente intrattenuto dall'Azienda Aderente presso la Banca.

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 = $t \times KA_i \times di$

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

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%;

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.

Art. 6.6 – Numero massimo di persone assicurabili

E' possibile assicurare fino ad un massimo di 4 persone fisiche, purché siano tutti in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'**Art. 6.1 delle presenti condizioni**.

L'importo del Finanziamento si intende suddiviso in parti uguali tra tutti gli Assicurati.

Tutti gli Assicurati dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione ed un Questionario Anamnestico, assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni rilasciate.

In caso di cessazione della copertura per uno degli Assicurati, l'operatività delle garanzie non è pregiudicata per gli altri.

Art. 6.7 – Diritto di recesso

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

A partire dalla prima ricorrenza annuale, l'Assicurato può inoltre recedere dal Contratto con un preavviso di 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

La richiesta di recesso potrà essere esercitata inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R indirizzata a: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Via Massaua, 6 - 20146 Milano, oppure consegnando la richiesta alla filiale della Banca distributrice presso cui è stato sottoscritto il contratto di Finanziamento, oppure inviando la richiesta all'indirizzo di posta certificata della Compagnia: gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

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 all'**Art. 6.9 delle presenti condizioni**.

Art. 6.8 – Beneficiari

Per tutte le garanzie relative al presente contratto, il Beneficiario della prestazione assicurata è l'Azienda Aderente.

L'assicurato rinuncia espressamente alla facoltà di revocare o modificare la designazione dei beneficiari, in deroga a quanto previsto dagli articoli 1920 e 1921 del Codice Civile.

In nessun caso, nel corso della durata del Contratto, la Banca potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle prestazioni assicurative.

Art. 6.9 – Estinzione anticipata e surroga passiva

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento o surroga ad altro ente finanziatore, qualora non risultino sinistri aperti, la Compagnia restituirà all'Azienda Aderente, per il tramite della Banca, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.

Il premio rimborsato sarà pari al premio annuo pagato imponibile, al netto dei 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 – su base annuale):

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

dove:

P = 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)

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

Art. 6.10 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del finanziamento

Qualora l'Azienda Aderente proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata una parte del Finanziamento, la Compagnia, per l'anno in corso, restituirà all'Azienda Aderente, per il tramite della Banca, la parte di premio annuo pagato relativo al periodo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell'estinzione parziale, secondo la seguente formula:

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

dove:

P = premio versato al netto delle imposte di assicurazione e di eventuali costi amministrativi di rimborso del premio

α = percentuale di riduzione del debito residuo

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

La Compagnia ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

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 e moratoria del contratto di 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.

Art. 6.11 – Cessazione della copertura assicurativa

Per ciascun Assicurato, le garanzie termineranno al verificarsi di una delle seguenti ipotesi:

- a) liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Decesso da infortunio;
- b) liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Invalidità Permanente;
- c) decesso dell'assicurato;
- d) cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente;
- e) cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- f) scadenza del finanziamento;
- g) esercizio del diritto di recesso;
- h) in caso di anticipata estinzione, surroga passiva del Finanziamento da parte dell'Azienda Aderente, salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative;
- i) al 31 dicembre dell'anno di compimento del 70° compleanno dell'Assicurato.

Nell'ipotesi di cui alla lettera c), d) ed e), la Compagnia restituisce all'Azienda Aderente il rateo del premio annuo corrisposto per il singolo Assicurato e non goduto, così come previsto all'**Art. 6.9 delle presenti condizioni**.

Art. 6.12 – Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico dell'Azienda Aderente.

Art. 6.13 – Forma delle comunicazioni

Per quanto non diversamente regolato, tutte le comunicazioni inerenti al contratto debbono farsi per iscritto mediante invio di lettera raccomandata A/R, fax o posta elettronica certificata all'attenzione di:

**Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Via Massaua, 6 - 20146 Milano MI
Fax +39.02.72.23.50.80,
Posta Elettronica Certificata: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it**

oppure alla filiale della Banca alla quale è assegnato il Contratto di assicurazione.

Art. 6.14 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Qualunque controversia relativa al presente contratto, ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modifiche, deve essere preliminarmente sottoposta ad un tentativo di mediazione, da effettuarsi innanzi ad uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

La richiesta di mediazione deve essere inviata a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Direzione Affari Legali e Societari - Via Massaua n. 6 - 20146 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la mediazione non ha successo, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Azienda Aderente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 6.15 – Prescrizione

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

Art. 6.16 – Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti nascenti dal presente Contratto di assicurazione.

Sezione 7 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 7.1 – Denuncia in caso di sinistro

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Azienda Aderente e/o dalla Banca alla Società, entro 10 giorni dalla data del sinistro stesso, componendo i seguenti numeri di telefono:

**Numero Verde 800.055.177 (per Italia),
Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),**

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

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, l'Azienda Aderente **dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, il Modulo di Denuncia sinistro**, ai seguenti indirizzi:

**Banco BPM Assicurazioni
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 – TORINO**

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

Art. 7.2 – Obblighi in caso di sinistro

Ai fini della liquidazione dei sinistri, il **Modulo di Denuncia** dovrà essere corredato da una **descrizione dettagliata dell'evento** (specificando giorno, ora e cause che lo hanno determinato), dal **Modulo di Adesione** e dalla documentazione di seguito indicata (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia).

- Copia del **piano di ammortamento** valido al momento del sinistro;
- 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;
- Copia del **documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Azienda Aderente**;
- Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro **l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente**;
- Copia di un **documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato**.

Relativamente alla garanzia DECESSO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- **Comunicazione di decesso** dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dall'Azienda Aderente;
- **Certificato di morte** dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **Relazione del medico curante attestante la causa del decesso**;
- In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) **copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti**;

- Se vi è stato ricovero, **copia della cartella clinica relativa all'infortunio che ha causato il decesso.**

Relativamente alla Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE

L'Azienda aderente dovrà presentare:

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

Relativamente alle garanzie INABILITA' TEMPORANEA

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- Copia del **certificato del pronto soccorso;**
- Copia dei **referti medici e dell'eventuale cartella clinica;**
- 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).

Dopo il primo certificato, se alla sua scadenza l'inabilità permane, la certificazione del medico deve essere rinnovata; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore, come verificato a seguito di accertamenti.

Relativamente alla garanzia RICOVERO OSPEDALIERO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- Copia del **certificato del pronto soccorso;**
- Copia dei **referti medici e dell'eventuale cartella clinica;**
- 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).

I certificati medici comprovanti la prosecuzione del periodo di ricovero dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

Art. 7.3 – Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo **entro 30 giorni**. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 7.4 – Liquidazione dell'indennizzo

DECESSO DA INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità permanente, sarà erogata a favore dell'Azienda Aderente la prestazione prevista per il caso di decesso.

In ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

INVALIDITA' PERMANENTE

L'accertamento dell'Invalidità Permanente deve essere effettuato da un medico legale incaricato dalla Compagnia non prima di 6 mesi e non oltre i 18 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'hanno provocata.

Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella Tabella INAIL di cui al D.P.R. 30-06-1965 nr. 1124 e successive modifiche o integrazioni.

La percentuale di invalidità calcolata sulla base della tabella INAIL potrebbe non coincidere con la percentuale riconosciuta da altri enti che hanno come riferimento tabelle differenti.

L'indennizzo per Invalidità Permanente non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per le altre garanzie relativamente allo stesso periodo temporale.

Invalidità permanente da infortunio

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo, in quanto conseguenze indirette di esso.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Nel caso di minorazioni, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

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

Invalidità permanente da malattia

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

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

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Nel caso di minorazioni, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

Nel corso della durata contrattuale le invalidità permanenti da malattia già accertate potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie, **entro i 18 mesi** successivi al verificarsi della malattia.

INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per "Inabilità temporanea" non è cumulabile con altri per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.

In caso di infortunio o malattia dal quale derivi un ricovero ospedaliero, la prestazione per Inabilità Temporanea verrà liquidata trascorsi 60 giorni di franchigia dalla data di dimissione dall'ospedale.

RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero non in day hospital/day surgery, si tiene conto del numero dei pernottamenti.

L'indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea relativamente allo stesso periodo temporale.

Nel caso in cui l'infortunio o la malattia comportino l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquiderà per prima la garanzia "Ricovero Ospedaliero" e solo successivamente, ove ne ricorrano i presupposti, la garanzia Inabilità Temporanea.

Art. 7.5 – Denunce successive

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero e/o Inabilità Temporanea sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi sinistrosi salvo che, tra il termine del sinistro precedente ed il nuovo sinistro, non sia trascorso un periodo di almeno 90 giorni consecutivi.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016

Gentile Cliente, desideriamo informarla che Banco BPM Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali;
- costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società;
- adempimento a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri);
- attività statistico-tarifarie e di profilazione della clientela;
- verifica e monitoraggio dei rischi finanziari.

Per la fornitura di tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

A.2 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

La Società può chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerLa aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Società o da società del gruppo di appartenenza della stessa, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A.1 della presente informativa.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa. I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via Massaua 6, 20146 Milano – e-mail: privacy@bancobpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Assicurazioni S.p.A., Via Massaua 6, 20146 Milano.

MODULO DI ADESIONE
alla **Polizza Collettiva 1000000183**
Tra Banco BPM S.p.A. e Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
CPI SMALL BUSINESS

AGENZIA N° ASSICURATI (massimo 4)
(compilare un modulo per ciascun Assicurato)

DATI DEL FINANZIAMENTO

Banca erogante (Contraente della polizza): Banco BPM S.p.A.

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 DELL'ASSICURATO

Cognome: Nome:

Ndg: Nato il:

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

PRENDONO ATTO CHE:

- ai sensi dell'articolo 1891 del Codice Civile, la Banca ha stipulato con Banco BPM Assicurazioni S.p.A. una convenzione per la copertura dei rischi decesso, invalidità permanente, inabilità temporanea e ricovero ospedaliero cui possono aderire le Aziende che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con la Banca;
- **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;**
- 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;
- il tasso di premio è comprensivo del 2,50% d'imposta per le coperture danni;
- la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno della data di erogazione del Finanziamento a patto che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- 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;
- **in assenza di sinistri, è possibile recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza;**
- **è possibile recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo;**
- **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;**
- **il numero di rate rimborsabili dalla Compagnia nell'ipotesi in cui si verifichi l'evento Inabilità Temporanea 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



DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- di essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- di avere ricevuto e letto attentamente il Questionario Anamnestico e di aver risposto negativamente a ciascuna domanda non avendo omissa alcuna risposta;
- di prestare il proprio consenso alla conclusione del Contratto assicurativo ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

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;
- che le credenziali di accesso all'area riservata del sito internet, al fine di poter consultare la propria posizione assicurativa, possono essere richieste a Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

Luogo e Data Firma Assicurato



AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle dichiarazioni rilasciate, ivi comprese quelle fornite nel Questionario Anamnestico. L'Assicurato può inoltre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo di tale visita rimane interamente a suo carico.

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

Coperture assicurative previste

Decesso - Invaldità Permanente - Inabilità Temporanea - Ricovero Ospedaliero

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
Premio totale lordo	€	€
di cui imposte	€	€
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)	€	€
di cui importo percepito dal Distributore	€	€
Costi di emissione del Contratto	€	€
Costi di rimborso del Contratto	€	€

Luogo e Data Firma Assicurato

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome (in stampatello)

Firma



PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è eseguito annualmente per tutta la durata del Contratto mediante addebito dell'importo stabilito sul conto corrente indicato dall'Azienda Aderente.

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'Azienda Aderente, ai sensi della normativa vigente, dichiara:

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente modulo, i singoli documenti (DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario) che costituiscono il Set Informativo;
- di aver letto, compreso e accettato le Condizioni di Assicurazione e di voler stipulare la presente Polizza.

Luogo e Data 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. 1.2 (CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI), ART. 1.3 (LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI), ART. 2.2 (CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI), ART. 2.3 (CARENZA), ART. 2.4 (LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI), ART. 3.2 (CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI), ART. 3.3 (CARENZA), ART. 3.4 (LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI), ART. 4.2 (CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI), ART. 4.3 (CARENZA), ART. 4.4 (LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI), ART. 5.1 (ESCLUSIONI DECESSO DA INFORTUNIO), ART. 5.2 (ESCLUSIONI INVALIDITA' PERMANENTE; INABILITA' TEMPORANEA; RICOVERO OSPEDALIERO), ART. 6.1 (REQUISITI DI ASSICURABILITA'), ART. 6.3 (DECORRENZA DEL CONTRATTO), ART. 6.4 (DURATA DEL CONTRATTO), ART. 6.5 (PAGAMENTO DEL PREMIO), ART. 6.6 (NUMERO MASSIMO DI PERSONE ASSICURABILI), ART. 6.8 (BENEFICIARI), ART. 6.11 (CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA), ART. 6.15 (PRESCRIZIONE), ART. 6.16 (CESSIONE DEI DIRITTI), ART. 7.1 (DENUNCIA IN CASO DI SINISTRO), ART. 7.2 (OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO).

Luogo e Data Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome (in stampatello)

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'Informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di prendere atto che il trattamento dei dati personali, anche "particolari", propri o di terzi, conferiti in sede di stipula del contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Luogo e Data Firma Assicurato

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome (in stampatello)

Firma

Luogo e Data Firma Distributore

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

per l'adesione alla
Polizza collettiva CPI SMALL BUSINESS n.1000000183

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 superiore o uguale a 120 e/o pressione arteriosa massima superiore o uguale a 210,
 - 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.

SI	NO

6) Indicare: Altezza in cm – Peso in kg

SI NO

7) Ha avuto altre assicurazioni a protezione della sua salute stornate per sinistro negli ultimi 3 anni?

SI NO

8) È mai stato ricoverato in terapia intensiva?

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);**
- **proscioglio 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 sulla protezione e sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili, 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 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.