

Assicurazione collettiva per il caso di morte a capitale decrescente

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: Bipiemme Vita S.p.A.

Prodotto: CPI PRESTITI PERSONALI Agenti e Aziende convenzionate

Data di realizzazione del DIP Vita: 31/12/2019. Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.



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

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione, di tipo collettivo, è abbinabile ai contratti di finanziamento erogati da Profamily S.p.A. e copre il rischio di decesso dell'assicurato.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- Prestazioni in caso di decesso

Al decesso dell'assicurato l'impresa corrisponderà agli aventi diritto la somma assicurata.



Che cosa NON è assicurato?

Non è coperto il rischio di decesso causato dallo svolgimento delle seguenti professioni:

- ┌ militare di reparti operative;
- ┌ pilota di elicotteri o aerei;
- ┌ attività su piattaforme petrolifere;
- ┌ stuntman;
- ┌ palombaro;
- ┌ sommozzatore;
- ┌ acrobata, minatore;
- ┌ speleologo;
- ┌ guida alpina;
- ┌ guardia giurata;
- ┌ armaiolo e qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico;
- ┌ attività con accesso a tralicci;
- ┌ collaudatore;
- ┌ vigile del fuoco.



Ci sono limiti di copertura?

È escluso dalla copertura il decesso causato da:

- ! dolo del beneficiario;
- ! suicidio od omicidio dell'assicurato consenziente,
- ! partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra o missioni di pace;

- ! 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 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;
- ! consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o abuso di alcool;
- ! sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.



Dove vale la copertura?

- ┌ Il rischio di morte è coperto in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Comunicare all'impresa lo svolgimento in corso di contratto di un'occupazione non assicurabile.

Fornire all'impresa i seguenti documenti per la liquidazione delle prestazioni assicurate:

- comunicazione di decesso, a mezzo lettera raccomandata A/R, con richiesta di pagamento firmata dai beneficiari;
- certificato di morte dell'assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile;
- la documentazione sanitaria sulle cause/circostanze del decesso;
- copia autentica del/i provvedimento/i del Giudice Tutelare per l'esercizio della potestà parentale/tutore o curatore/amministratore di sostegno alla riscossione della prestazione destinata a beneficiari minorenni o incapaci.
- Nel caso di designazione di beneficiari diversa dagli eredi legittimi o testamentari:
 - in assenza di disposizioni testamentarie: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, quali sono i beneficiari e che è stato espletato ogni tentativo per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie;
 - qualora siano presenti disposizioni testamentarie: copia autentica o estratto autentico del testamento; dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, quali sono i beneficiari, che è stato espletato ogni tentativo

per accertare che detto testamento è l'unico ritenuto valido e non sono state mosse contestazioni, che oltre ai beneficiari menzionati non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoke di beneficiari.

- Nel caso di designazione quali beneficiari degli eredi testamentari o legittimi:
 - in assenza di disposizioni testamentarie: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento e quali sono gli eredi legittimi;
 - qualora siano presenti disposizioni testamentarie: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti che l'assicurato è deceduto lasciando testamento, che il/i testamento/i sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati e quali sono gli eredi testamentari, la loro data di nascita e capacità di agire; copia o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

L'impresa potrà chiedere ulteriori documenti, in presenza di situazioni per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento.



Quando e come devo pagare?

Il premio è unico, non frazionabile, anticipato e non prevede imposte.

Il suo importo è determinato in relazione alle garanzie prestate e alla loro durata. Il suo ammontare viene incluso nel capitale finanziato e il relativo pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del prestito.

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dal giorno di erogazione del prestito personale, a condizione che sia stato sottoscritto il modulo di adesione all'assicurazione e corrisposto il premio di perfezionamento e ha termine con l'estinzione del rapporto di finanziamento; oppure alla liquidazione dell'indennizzo per decesso/invalidità totale permanente; o ancora con l'esercizio del diritto di recesso.

In ogni caso la durata del contratto assicurativo non può essere superiore a 120 mesi né inferiore a 12 mesi, oltre a preammortamento.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

E' possibile revocare la richiesta di adesione prima dell'entrata in vigore della garanzia.

E' possibile recedere dal contratto, se non si sono denunciati sinistri, entro 60 giorni dalla sua conclusione o, annualmente, entro 60 giorni dal pagamento del premio, in questo caso verrà rimborsata la parte di premio relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato.

E' possibile risolvere il contratto cessando il pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

L'assicurazione non prevede né un valore di riduzione, né un valore di riscatto.

Credit Protection Insurance

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)



BPIASSICURAZIONI

Compagnia: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: CPI Prestiti Personali Agenti e Aziende Convenzionate

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, di tipo collettiva e abbinabile ai contratti di finanziamento erogati da Profamily S.p.A., copre i rischi derivanti da gravi eventi (quali invalidità permanente, inabilità temporanea, ricovero ospedaliero e perdita involontaria di impiego) che possano compromettere la capacità di rimborso del finanziamento.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Permanente**
Nel caso di infortunio o malattia, da cui derivi una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al debito residuo del finanziamento, in linea capitale, alla data del sinistro, secondo il piano di rimborso originario.
- ✓ **Inabilità Temporanea**
(acquistabile dai lavoratori dipendenti pubblici e lavoratori autonomi)
Nel caso di infortunio o malattia, da cui derivi un'inabilità temporanea, viene riconosciuto un indennizzo pari all'importo delle rate mensili del finanziamento e che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero**
(acquistabile solo dai non lavoratori)
Nel caso di ricovero 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 all'importo della rata mensile del finanziamento in scadenza durante il periodo di ricovero stesso.
- ✓ **Perdita Involontaria di impiego**
(acquistabile dai lavoratori dipendenti privati)
Nel caso di perdita involontaria di impiego, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate mensili del finanziamento e che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione stessa.

Le garanzie sono acquistabili in base allo stato lavorativo dell'Assicurato al momento dell'adesione della polizza.



Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e superiore a 75 anni alla data di scadenza del prestito personale concesso;
- ✗ i soggetti che siano stati assenti dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio;
- ✗ i soggetti affetti da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
- ✗ i soggetti che abbiano ricevuto dal proprio datore di lavoro una contestazione disciplinare, un'intimazione al licenziamento, o comunicazioni in cui siano stati individuati come lavoratori oggetto di procedura di mobilità o cassa integrazione.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! malattie tropicali e endemiche;
- ! guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore senza l'abilitazione;
- ! licenziamento dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- ! disoccupazione programmata in base al tipo di contratto di lavoro o la conseguenza della scadenza di un termine;
- ! partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti;
- ! viaggi su aerei per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri o effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o altro membro dell'equipaggio;
- ! parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- ! svolgimento di attività lavorative rischiose quali, per esempio: militare di reparti operativi, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, armaiolo, vigile del fuoco;
- ! pratica di attività sportive compiute a livello professionistico o remunerate.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture assicurative sono valide senza limiti territoriali; per le garanzie Invalidità Permanente ed Inabilità Temporanea, lo stato di invalidità o inabilità deve però essere oggetto di accertamento da parte di un medico legale 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?

Le coperture assicurative vengono prestate dietro il pagamento di un premio che è incluso nel capitale finanziato e corrisposto con le modalità previste per la restituzione del finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

La durata del contratto è pari all'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del finanziamento.

Le coperture hanno comunque termine:

- alla scadenza del contratto di finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso, Invalidità Permanente;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o di portabilità (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la copertura assicurativa);
- nel caso di cambio attività o professione, salvo il caso del passaggio dalla condizione di lavoratore dipendente privato a non lavoratore, per cui la polizza manterrà la sua efficacia.



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 all'Intermediario presso cui è stata emessa la polizza oppure alla Compagnia attraverso lettera raccomandata A/R.



BPMVITA

Assicurazione Credit Protection Insurance



BPM ASSICURAZIONI

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

Impresa/imprese: Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: CPI Prestiti Personali Agenti e Aziende convenzionate

**Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è stato realizzato in data 12/2019
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 vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e 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.

Bipiemme Vita S.p.A. Via G. Lazzaroni 3; 20124 Milano.

Tel. (+39) 02 77.00.24.05; Sito internet: www.bipiemmevita.it; E-mail: info.generale@bpmvita.it

PEC: bipiemmevita@pec.it

Bipiemme Vita S.p.A. appartiene al Gruppo Covéa ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle SGAM. L'impresa è iscritta nell'Albo delle Imprese di Assicurazione con il numero 1.00116 ed è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/03/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 07/07/99 e n. 2023 del 24/01/02.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dell'articolo 91 del CAP, il patrimonio netto di Bipiemme Vita S.p.A. è pari a € 271.341.584 di cui il capitale sociale ammonta a € 179.125.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 92.272.399. 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.bipiemmevita.it. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 122.920.467; il requisito patrimoniale minimo di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 55.314.210; i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a € 353.242.935; il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 287.38%.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. Via G. Lazzaroni, 3; 20124 Milano.

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

PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (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 Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012, ha sede legale e direzione generale in via G. Lazzaroni, 3 20124 Milano, Italia.

Telefono (+39) 02 72235.081, Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it

Indirizzo di posta elettronica certificata: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2018) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 30.961.712, di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 3.777.078. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 21.312.105, mentre il requisito patrimoniale minimo è pari a € 5.328.026. I fondi propri ammissibili sono pari a € 48.061.234 e il solvency ratio è pari al 225,51%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa disponibile sul sito internet dell'impresa (https://www.bpmassicurazioni.it/bpma/docs/BPMA_Relazione_sulla_solvibilita_finanziaria_2018.pdf).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

RAMO VITA (BPM VITA S.p.A.)

Decesso: la polizza prevede, nel caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione di un capitale pari al debito residuo del prestito in linea capitale al momento del sinistro. Il capitale assicurato iniziale corrisponde alla somma del prestito richiesto (con il limite massimo di massimo di € 30.000) e del premio dovuto alla Compagnia.

RAMO DANNI (BPM ASSICURAZIONI S.p.A.)

Le garanzie prestate dalla compagnia danni sono le seguenti: Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea, Ricovero Ospedaliero, Perdita Involontaria di impiego.

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

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nei DIP base.



Ci sono limiti di copertura?

Rami Vita

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Rami Danni

- Inabilità Temporanea: la garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni;
- Ricovero Ospedaliero: la garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni;
- Perdita Involontaria di impiego: la garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 30 giorni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

Rami Vita: in caso di sinistro è necessario darne tempestivamente avviso all'Impresa a mezzo lettera raccomandata A/R o pec da inviarsi a:

Bipiemme Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via G. Lazzaroni, 3
20124 – MILANO

gestioneclienti.bpmvita@pec.it


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


Rami Danni: in caso di sinistro è necessario darne 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>Prescrizione</p> <p>Rami Vita: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso tale termine, la prestazione derivante dal contratto dovrà essere devoluta allo specifico Fondo istituito in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>Rami Danni: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione</p> <p>Ricevuta tutta la documentazione necessaria e verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, le Imprese effettuano la liquidazione della somma dovuta entro 30 giorni.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non previste</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>


 Quando e come devo pagare?	
Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Il premio è comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - il premio è incluso nel capitale finanziato ed è corrisposto con le modalità previste per la restituzione del finanziamento.
Rimborso	<p>Si ha diritto al rimborso del premio eventualmente già corrisposto in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revoca della proposta di adesione; - recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza; - estinzione anticipata parziale e totale. <p>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.</p>
Sconti	Non previsti.


 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Per le informazioni relative all'inizio ed al termine delle coperture assicurative, si faccia riferimento a quanto indicato nei DIP base.</p> <p>Si riportano qui di seguito i periodi di carenza previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Invalidità Permanente</u>: nel caso in cui l'invalidità sia dovuta da malattia, è previsto un periodo di 60 giorni di carenza dalla data di decorrenza del contratto; - <u>Inabilità Temporanea</u>: nel caso in cui l'inabilità sia dovuta da malattia, è previsto un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto; - <u>Ricovero Ospedaliero</u>: nel caso in cui il ricovero sia dovuto da malattia, è previsto un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto; - <u>Perdita Involontaria di impiego</u>: la garanzia è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 giorni.
Sospensione	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	È possibile revocare la proposta entro 60 giorni dalla data di decorrenza, a condizione che non siano stati denunciati sinistri; le imprese procederanno a rimborsare la quota parte del premio spettante entro 30 giorni dalla richiesta.
Recesso	A condizione che non siano stati denunciati sinistri, è possibile recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza.

	A partire dalla prima ricorrenza annuale, è inoltre possibile recedere dal contratto con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.
Risoluzione	Il mancato pagamento del premio relativo al primo anno determina la sospensione della copertura assicurativa fino al giorno del pagamento del premio. Se il cliente non paga i premi successivi nei termini previsti dalla normativa vigente, il contratto è risolto di diritto.

 A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto è rivolto alle persone fisiche che abbiano sottoscritto un finanziamento di tipo prestito personale con Profamily e che siano in possesso dei requisiti di assicurabilità.

 Quali costi devo sostenere?
<p>Per i rami vita</p> <ul style="list-style-type: none"> - tabella dei costi gravanti sul premio: <ul style="list-style-type: none"> o I premi corrisposti a copertura del rischio di decesso sono gravati da un unico costo fisso, indipendente dall'età e dal sesso dell'assicurato. Tale costo, denominato caricamento, è pari al 68,02% del premio; - tabella sui costi per riscatto: il contratto non prevede riscatto; - tabella sui costi per l'erogazione della rendita: il contratto non prevede rendita; - costi per l'esercizio delle opzioni: il contratto non prevede opzioni. <p>Per tutti i rami</p> <ul style="list-style-type: none"> - costi di intermediazione: la quota parte dei costi percepiti in media dal Distributore è pari al 75,81%. - costi dei PPI: <ul style="list-style-type: none"> o <u>costo percentuale:</u> il costo trattenuto dall'Impresa per i rami danni a titolo di spesa di acquisizione e gestione è pari 64% del premio, al netto delle imposte; o <u>Spese per l'emissione del contratto:</u> € 5,00 o <u>Costi di rimborso del premio:</u> € 12,50

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nei DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Il contratto non prevede la possibilità di riscatto o riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Rami Vita Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri per la copertura del rischio di morte devono essere inoltrati per iscritto a: BIPIEMME VITA S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni, 3 – 20124 Milano Fax 02.85.96.44.40 e-mail: reclami@bpmvita.it PEC: bipiemmevita@pec.it</p> <p>Rami Danni Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: BIPIEMME ASSICURAZIONI S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni, 3 – 20124 Milano Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it</p>

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. a socio unico. Sede legale: Via G. Lazzaroni, 3 20124 , Milano. Pec: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it. Capitale Sociale euro 22.000.000,00 int. vers. Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano, Partecipante al Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita". Partita IVA 10541960968. Codice Fiscale e Numero di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07122890960. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Prov. IVASS n° 2860 del 22.12.2010, n° 2964 del 22.02.2012 e n° 3023 del 19.11.2012. Iscritta alla Sez. I dell'Albo Imprese presso l'IVASS al n° 1.00177. Società appartenente al Gruppo assicurativo Bipiemme Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n° 045 Direzione e coordinamento Bipiemme Vita S.p.A.

	In entrambi i casi 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 PEC: 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 o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al Contratto si applica il trattamento fiscale italiano. I premi delle assicurazioni per i rischi di danni alla persona e quelli per le perdite pecuniarie sono soggetti all'imposta del 2,50%. In termini generali, i premi corrisposti a fronte della copertura del rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5% o non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dalla vigente normativa fiscale. Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.
---	---

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO 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 ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE 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.



BPMVITA



BPMASSICURAZIONI

GROUPE
CO
vea

GROUPE
CO
vea

Polizza CPI PRESTITI PERSONALI Agenti e Aziende convenzionate

**Credit Protection a premio unico di tipo
collettivo e facoltativo
Condizioni di Assicurazione ed. 12/2019**

Il documento è stato redatto secondo le Linee Guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi.

Il documento è stato redatto nel mese di dicembre 2019 e i dati in essi contenuti sono aggiornati a dicembre 2019

Presentazione

Il prodotto è una copertura assicurativa di tipo collettivo, rivolto alle persone fisiche che abbiano sottoscritto un contratto di Finanziamento con ProFamily S.p.A. (di seguito "la Contraente") e che siano interessate a tutelare se stessi o i propri cari dagli imprevisti che possano compromettere la capacità di produrre reddito e fare fronte agli impegni contrattuali.

Coperture prestate

Con il presente Contratto, il Cliente può acquistare uno dei pacchetti assicurativi proponibili in base all'attività professionale svolta dall'Assicurato al momento dell'adesione:

PACCHETTO 1: acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti privati;

PACCHETTO 2: acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Lavoratori dipendenti pubblici o Lavoratori autonomi;

PACCHETTO 3: acquistabile dagli Assicurati che al momento dell'adesione siano Non Lavoratori.

Di seguito si riassumono i pacchetti assicurativi acquistabili e le garanzie in essi contenute. Le garanzie di ogni pacchetto sono vendute solo congiuntamente:

GARANZIE	PACCHETTI ACQUISTABILI		
	PACCHETTO 1 LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI	PACCHETTO 2 LAVORATORI DIPENDENTI PUBBLICI e LAVORATORI AUTONOMI	PACCHETTO 3 NON LAVORATORI
DECESSO	SI	SI	SI
INVALIDITÀ PERMANENTE	SI	SI	SI
PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO	SI	-	-
INABILITÀ TEMPORANEA	-	SI	-
RICOVERO OSPEDALIERO	-	-	SI

Sommario

Glossario	5
Condizioni di assicurazione	10
SEZIONE 1- Decesso	11
Art. 1.1 – Chi è assicurato	11
Art. 1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	11
Art. 1.3 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	11
SEZIONE 2 – Invalidità Permanente	12
Art. 2.1 – Chi è assicurato	12
Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	12
Art. 2.3 – Carenza	12
Art. 2.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	12
SEZIONE 3 – Inabilità Temporanea	13
Art. 3.1 – Chi è assicurato	13
Art. 3.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	13
Art. 3.3 – Carenza	13
Art. 3.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	13
SEZIONE 4 – Ricovero Ospedaliero	14
Art. 4.1 – Chi è assicurato	14
Art. 4.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	14
Art. 4.3 – Carenza	14
Art. 4.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	14
SEZIONE 5 – Perdita involontaria di impiego	15
Art. 5.1 – Chi è assicurato	15
Art. 5.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	15
Art. 5.3 – Carenza	15
Art. 5.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	15
SEZIONE 6 – Esclusioni	16
Art. 6.1 – Esclusioni Decesso (Sezione 1)	16
Art. 6.2 – Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)	16

Art. 6.3 – Esclusioni Perdita involontaria di impiego (Sezione 5)	18
---	----

SEZIONE 7 – Contratto dalla A alla Z19

Art. 7.1 – Requisiti di assicurabilità	19
Art. 7.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	19
Art. 7.3 – Attività non assicurabili.....	20
Art. 7.4 – Decorrenza del contratto.....	20
Art. 7.5 – Durata del contratto	20
Art. 7.6 – Pagamento del premio	20
Art. 7.7 – Cointestazione del contratto di finanziamento	21
Art. 7.8 – Cambio di attività o professione	21
Art. 7.9 – Diritto di recesso	21
Art. 7.10 – Beneficiari.....	22
Art. 7.11 – Estinzione anticipata del finanziamento e portabilità	22
Art. 7.12 – Rimborso anticipato parziale e rinegoziazione del finanziamento	23
Art. 7.13 – Oneri fiscali.....	24
Art. 7.14 – Forma delle comunicazioni.....	24
Art. 7.15 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	25
Art. 7.16 – Prescrizione	25
Art. 7.17 – Cessione dei diritti.....	25

SEZIONE 8 - Denuncia ed obblighi in caso di sinistro26

Art. 8.1 – Denuncia in caso di sinistro	26
Art. 8.2 – Obblighi in caso di sinistro	26
Art. 8.3 – Pagamento dell'indennizzo	29
Art. 8.4 – Liquidazione dell'indennizzo	30
Art. 8.5 – Denunce successive.....	31

Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali.....32

Glossario

A	Assicurato	La persona fisica, intestataria o cointestataria del Finanziamento erogato dalla Contraente, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
	Assicurazione	Insieme delle garanzie previste in polizza.
	Attività professionale	Attività dichiarata nel modulo di polizza svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati non lavoratori.
	Aziende Convenzionate	Le aziende che sono convenzionate con il Contraente. Le coperture sono prestate per i propri dipendenti.
B	Beneficiari	I soggetti identificati in polizza ai quali spettano le prestazioni previste nel contratto.
C	Capitale assicurato	Il capitale richiesto dall'Assicurato e concesso dalla Contraente con il limite massimo presente nelle Condizioni di Assicurazione.
	Capitale finanziato	La somma del capitale assicurato (risultante nel piano di rimborso originario alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione) e del Premio di polizza (risultante nel Modulo di Adesione).
	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.).
	Compagnie	Per la garanzia Decesso, Bipiemme Vita S.p.A. Per le garanzie invalidità permanente, inabilità temporanea, ricovero ospedaliero e perdita involontaria di impiego, Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

		Congiuntamente, le "Compagnie".
	Contraente	ProFamily S.p.A. che ha stipulato la polizza collettiva con le Compagnie per conto dei propri clienti che sottoscrivono un Finanziamento.
D	Day Hospital/Day surgery	Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
	Debito residuo	Debito risultante alla data del sinistro come da piano di rimborso originario.
	Decesso	Morte dell'Assicurato.
	Disoccupazione	La condizione in cui viene a trovarsi una persona rimasta priva di un'occupazione subordinata retribuita (Lavoratore dipendente privato), che è iscritto nelle liste del centro per l'impiego o percepisce reddito da mobilità.
F	Finanziamento	Contratto con il quale il Contraente concede al cliente una somma di denaro, rimborsabile secondo le modalità e le condizioni stabilite.
	Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico. Se in polizza sono previsti limiti massimi di indennizzo, si procederà alla liquidazione del danno applicando la franchigia fissa dopo aver tenuto conto dei predetti limiti di indennizzo.
I	Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali.
	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;

	<p>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.</p>
Invaldità Permanente	<p>Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.</p>
Istituto di cura	<p>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.</p>
IVASS	<p>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.</p>
Lavoratore autonomo	<p>La persona fisica che percepisce, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei redditi da lavoro autonomo in misura preponderante rispetto ai redditi da lavoro dipendente; - almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 50 lettera c-bis (collaborazioni senza vincolo di subordinazione, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto, lavoratori stagionali), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone
Lavoratore dipendente privato	<p>La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa in forza di un contratto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato, a tempo determinato, di apprendistato o di somministrazione lavoro), regolato dalla legge italiana, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati lavoratori dipendenti privati coloro che godono di redditi definiti all'articolo 50 (redditi assimilati al lavoro dipendente) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, ad eccezione di</p>

		coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del TUIR, i collaboratori famigliari ed i lavoratori che svolgono assistenza personale per anziani, ammalati o disabili presso l'abitazione del datore di lavoro.
	Lavoratore dipendente pubblico	La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa in forza di un contratto di lavoro subordinato con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di Enti Pubblici.
	Licenziamento collettivo	Si intende il caso in cui il datore di lavoro licenzia per motivi di crisi, di ristrutturazione aziendale o di chiusura dell'attività, una pluralità di dipendenti in un breve arco di tempo.
M	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo che ciascun Assicurato deve sottoscrivere per aderire alla Polizza Collettiva.
N	Non lavoratore	La persona fisica che non rientra nella definizione di Lavoratore autonomo, Lavoratore dipendente, privato o pubblico. A titolo esemplificativo ma non limitativo: studenti, casalinghe, pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero, se non regolati dalla legge italiana.
P	Periodo di riqualificazione	Il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di disoccupazione (liquidabile a termini di polizza), durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa a un nuovo sinistro per Perdita involontaria di impiego.
	Piano di rimborso originario	Il piano di rimborso del Finanziamento concesso dalla Contraente in vigore al momento dell'erogazione dello stesso.
	Polizza Collettiva	Il contratto stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.
	Pre-ammortamento	Periodo, di durata non superiore a 90 giorni, che decorre dall'erogazione del Finanziamento durante il quale, in base alle condizioni del contratto di Finanziamento, l'Assicurato non è tenuto alla corresponsione della parte costituita dalla sola quota interessi.

	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Assicurato e, per il tramite della Contraente, viene riversato alle Compagnie in relazione alla copertura assicurativa.
	Prestazione	Importo liquidabile dalle Compagnie 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	Bipiemme Vita S.p.A. Bipiemme 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.

Condizioni di assicurazione

POLIZZA COLLETTIVA CPI PRESTITI PERSONALI AGENTI e AZIENDE CONVENZIONATE n. 2253 e n. 10000000187

Copertura assicurativa sulle persone fisiche per i rischi Infortunio e Malattia e Perdite pecuniarie stipulata dalla Contraente per conto dei clienti che hanno contratto un Finanziamento.

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il rapporto contrattuale tra il Contraente e le Compagnie.

Il Contratto è abbinabile ai Finanziamenti erogati dalla Contraente alle persone fisiche ed ai dipendenti delle aziende convenzionate e può essere stipulato solo contestualmente al Finanziamento, nei limiti e nei termini di cui alle presenti condizioni.

Gli obblighi delle Compagnie dipendono esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle presenti Condizioni, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali Appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.

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

Sezione 1 – Decesso

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 o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida ai beneficiari un indennizzo pari al debito residuo, in linea capitale, al momento del sinistro, secondo il piano di rimborso originario.

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

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
DECESSO	Nei limiti del capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione	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'Assicurato una prestazione pari al debito residuo in linea capitale alla data del sinistro, secondo il piano di rimborso originario.

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”, 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 adatterà 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 del capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione	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, secondo il piano di rimborso originario.

L'Inabilità Temporanea dovuta 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 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale, per un importo massimo di € 2.000 per singola rata mensile.	30 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 un indennizzo pari alla somma delle rate mensili in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, secondo il piano di rimborso originario.

Art. 4.3 Carenza

Il Ricovero Ospedaliero da infortunio non è sottoposto 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 adatterà 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 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale, per un importo massimo di € 2.000 per singola rata mensile.	7 giorni

Sezione 5 – Perdita involontaria di impiego

Art. 5.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 5.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso di perdita involontaria di impiego dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari alla somma delle rate mensili in scadenza durante il periodo di disoccupazione stesso, secondo il piano di rimborso originario.

La garanzia si attiva solo nel caso in cui il licenziamento è avvenuto per **giustificato motivo oggettivo** (dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova), oppure nel caso di **licenziamento collettivo** in base agli articoli 4 o 24, legge n. 223/1991 e successive modifiche e/o integrazioni.

Art. 5.3 Carenza

La Perdita involontaria di impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto. Qualora si verifichi il sinistro nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto.

Art. 5.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
RICOVERO OSPEDALIERO	Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale, per un importo massimo di € 2.000 per singola rata mensile.	30 giorni

Sezione 6 – Esclusioni

Art. 6.1 – Esclusioni Decesso (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 della Contraente, 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. 6.2 – 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;

Art. 6.3 – Esclusioni Perdita involontaria di impiego (Sezione 5)

Sono operanti le seguenti esclusioni:

- a) se l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore dipendente in modo consecutivo con obbligo di prestazione non inferiore a 16 (sedici) ore settimanali per i 12 (dodici) mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- b) se il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
- c) se la risoluzione del rapporto di lavoro avviene per volontà dell'Assicurato (escluse le dimissioni per giusta causa);
- d) se la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento o si raggiunga l'età della quiescenza;
- e) se il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti (anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i citati soggetti occupino una posizione decisionale quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore etc.);
- f) se l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria e Edilizia anche in deroga;
- g) nel caso di contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- h) se nel momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione il licenziamento è già stato notificato all'Assicurato o comunque questi è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- i) se l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
- j) se l'Assicurato non è in possesso del certificato di disoccupazione o non è iscritto nella lista di mobilità (quest'ultimo caso se il lavoratore è in mobilità);
- k) se l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l) superamento del periodo di comporto;
- m) per licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore o arresti domiciliari;
- n) qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine.

Sezione 7 – Contratto dalla A alla Z

Art. 7.1 – Requisiti di assicurabilità

Al momento dell'adesione alla polizza, l'Assicurato deve:

- a) avere sottoscritto con la Contraente un Finanziamento:
 - con un periodo massimo di pre-ammortamento di 90 giorni,
 - di durata minima non inferiore ai 12 mesi ed una durata massima non superiore ai 123 mesi, incluso il periodo di pre-ammortamento
- b) essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- c) avere, al momento dell'adesione del Contratto, una età compresa tra i 18 ed i 75 anni compiuti;
- d) non compiere i 75 anni di età entro la scadenza del Finanziamento;
- e) nel caso di **Assicurato Lavoratore dipendente privato o Lavoratore dipendente pubblico: non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio e, in particolare, non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;**
- f) nel caso di **Assicurato Lavoratore Dipendente privato: non avere ricevuto in precedenza dal datore di lavoro una contestazione disciplinare o un'intimazione di licenziamento o alcuna comunicazione scritta nella quale venga individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o comunque essere a conoscenza di un prossimo stato di disoccupazione;**
- g) **non svolgere una delle attività professionali non assicurabili, di cui all'Art. 7.3 – Attività non assicurabili.**

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato non può essere superiore a 30.000 euro.

Art. 7.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, 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 le Compagnie intendano recedere dal Contratto daranno comunicazione all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborseranno 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 le Compagnie sono venute 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 alle Compagnie. In questo caso le Compagnie si riservano il diritto di accettare o di rifiutare il rischio.

Art. 7.3 – Attività non assicurabili

Non sono assicurabili le persone fisiche che svolgono le seguenti attività professionali: artificiere, paracadutista, pilota ed equipaggio di mezzi aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore di veicoli, vigili del fuoco.

Qualora, nel corso della durata del Contratto, l'Assicurato intraprenda una delle attività sopra elencate, dovrà darne tempestiva comunicazione alle Compagnie.

Le coperture dell'Assicurazione termineranno automaticamente e verrà restituita all'Assicurato la parte di premio pagato e non goduto, come riportato all'Art. 7.12 delle presenti condizioni di assicurazione.

In mancanza di tale comunicazione, in caso di sinistro, le Compagnie avranno titolo di rifiutare qualsiasi pagamento a titolo di indennizzo.

Art. 7.4 – Decorrenza del contratto

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

Art. 7.5 – Durata del contratto

La durata dell'Assicurazione coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del Finanziamento e **non può comunque essere superiore a 123 mesi**, incluso il periodo di pre-ammortamento.

Le coperture assicurative hanno comunque termine:

- alla scadenza del contratto di Finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per decesso ed invalidità permanente dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o di portabilità;
- in caso di cambio attività o professione, salvo quanto previsto all'Art. 7.8 delle presenti condizioni di assicurazione.

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. 7.6 – Pagamento del premio

Il pagamento del premio è unico e anticipato ed avviene con le stesse modalità previste per la restituzione del Finanziamento.

Il premio è incluso nel capitale finanziato e viene calcolato come segue:

$$\text{Premio} = t \times K \times d$$

dove:

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

t = tasso di premio, come indicato nel Modulo di Adesione;

K = capitale assicurato, come indicato nel Modulo di Adesione;

d = durata del Finanziamento, come indicato nel Modulo di Adesione.

Art. 7.7 – Cointestazione del contratto di Finanziamento

In presenza di Finanziamento cointestato, è possibile assicurare tutti i cointestatari, fino ad un massimo di 2, purché siano tutti in possesso dei **requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 7.1** delle presenti condizioni.

Qualora anche uno solo dei cointestatari non abbia tali requisiti, nessun cointestatario potrà aderire alla copertura assicurativa.

L'importo del Finanziamento, così come l'importo della rata mensile si intende suddiviso in parti uguali tra tutti i cointestatari.

Tutti gli intestatari dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni rilasciate.

In caso di cessazione della copertura per uno dei cointestatari, l'operatività delle garanzie non è pregiudicata per l'altro.

Art. 7.8 – Cambio attività o professione

L'Assicurato è tenuto a dare tempestiva comunicazione alle Compagnie in caso di cambiamento della propria attività o stato occupazionale, ovvero il passaggio da Lavoratore dipendente privato a Lavoratore dipendente pubblico o a Lavoratore autonomo o a non Lavoratore e viceversa; in questi casi la polizza cesserà automaticamente la sua efficacia e la parte di premio relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato verrà restituito all'Assicurato, sulla base del conteggio indicato all'**Art. 7.11** delle presenti condizioni di assicurazione.

Nel caso di passaggio da Lavoratore dipendente privato a non lavoratore, la polizza manterrà la sua efficacia; nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Perdita involontaria di impiego se, dal sinistro precedente, non sarà trascorso un periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere un'attività lavorativa come Lavoratore dipendente privato e abbia superato il relativo periodo di prova.

Art. 7.9 – Diritto di recesso

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza, inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R indirizzata a: Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano.

Le Compagnie procederanno, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato all'**Art. 7.12 delle presenti condizioni di assicurazione.**

Art. 7.10 – Beneficiari

Per la garanzia **Decesso**, il Beneficiario della prestazione assicurata è il soggetto nominalmente indicato sul modulo di Adesione; qualora venga nominato più di un Beneficiario, l'indennizzo sarà diviso tra i soggetti indicati in parti uguali. In assenza di specifica designazione, sono considerati beneficiari della prestazione assicurata gli eredi gli eredi testamentari (in parti uguali), ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi in parti tra loro uguali, ossia i soggetti che rivestano, al momento della morte dell'Assicurato, la qualità di chiamati all'eredità, risultando irrilevanti la successiva rinuncia od accettazione dell'eredità da parte degli stessi.

L'assicurato ha facoltà, in qualsiasi momento, di revocare o modificare la designazione dei beneficiari secondo quanto previsto dagli articoli 1920 e 1921 del Codice Civile.

Per le garanzie **Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita involontaria di impiego**, il Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato.

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

Art. 7.11 – Estinzione anticipata del finanziamento e portabilità

Nel caso di estinzione anticipata del Finanziamento, oppure nel caso di trasferimento ad altro ente finanziatore, qualora non risultino sinistri aperti, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.

Il premio rimborsato sarà calcolato alla data di estinzione/portabilità, applicando la seguente formula:

Rimborso del premio = Rimborso del premio puro + Rimborso dei costi – Spese di emissione – Costo di rimborso del premio

Rimborso del premio puro = $(P - C) * [(n - t) / n] * Dr / D0$

Rimborso dei costi = $\frac{C * (n - t)}{n}$

dove:

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione;

C = importo trattenuto dalla Compagnia e riportato alla voce "Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)" nel Modulo di Adesione;

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni);
t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni);
Dr = debito residuo al momento dell'estinzione parziale anticipata;
D0 = debito iniziale.

Di seguito si riporta un esempio:

P = 100,00 €
C = 64,00 €
n = 3.650
t = 730
Dr = 8.000,00 €
D0 = 10.000,00 €
Spese di emissione = 5,00 €
Costo di rimborso del premio = 12,50 €

Rimborso del premio puro: $(100,00 \text{ €} - 64,00 \text{ €}) * (2.920 / 3.650) * 0,80 = 23,04 \text{ €}$

Rimborso dei costi: $64,00 \text{ €} * (2.920 / 3.650) = 51,20 \text{ €}$

Rimborso totale: $23,04 \text{ €} + 51,20 \text{ €} - 5,00 \text{ €} - 12,50 \text{ €} = 56,74 \text{ €}$

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

Art. 7.12 – Rimborso anticipato parziale e rinegoziazione del finanziamento

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata e/o rinegoziare il Finanziamento, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell'estinzione parziale, secondo le seguenti formule:

Rimborso del premio = Rimborso del premio puro + Rimborso dei costi – Costo di rimborso del premio

Rimborso del premio puro = $\alpha * (P - C) * [(n - t) / n] * Dr / D0$

Rimborso dei costi = $\frac{\alpha * C * (n - t)}{n}$

dove:

α = percentuale di riduzione del debito residuo;

Premio = premio versato al netto delle imposte di assicurazione;

C = importo trattenuto dalle Compagnie e riportato alla voce "Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)" nel Modulo di Adesione;

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni);

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni);

Dr = debito residuo al momento dell'estinzione parziale anticipata;

D0 = debito iniziale.

Di seguito si riporta un esempio:

P = 100,00 €

C = 64,00 €

n = 3.650

t = 730

Dr = 8.000,00 €

D0 = 10.000,00 €

Importo estinzione anticipata parziale versato dall'assicurato = 2.000,00 €

Costo di rimborso del premio = 12,50 €

Rimborso del premio puro: $25\% * (100,00 € - 64,00 €) * (2.920 / 3.650) * 0,80 = 5,76 €$

Rimborso dei costi: $25\% * 64,00 € * (2.920 / 3.650) = 12,80$

Le Compagnie ridurranno proporzionalmente le prestazioni assicurate della misura corrispondente alla quota estinta di debito residuo.

Resta comunque inteso che la copertura assicurativa cesserà automaticamente al 31 dicembre dell'anno di compimento del 75° compleanno dell'Assicurato.

Art. 7.13 – 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 essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato.

Art. 7.14 – 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:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano MI
Fax +39.02.72.23.50.80,
Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

oppure

Bipiemme Vita S.p.A.
Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano MI
Fax +39.02.77.00.24.05,
Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

Art. 7.15 – 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 Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via Giuseppina Lazzaroni n. 3 - 20124 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmeassicurazionispa@legalmail.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 del Contraente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 7.16 – Prescrizione

Per la garanzia Decesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto si prescrivono **in 10 anni da quando si è verificato il fatto** su cui il diritto si fonda.

Per le garanzie Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea e Ricovero Ospedaliero, 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.

Con riferimento alla copertura per il caso di decesso, ai sensi della Legge n. 255 del 23.12.2005 e successive modificazioni e integrazioni, il maturare del termine di prescrizione e la conseguente perdita del diritto alla prestazione, comporta l'obbligo per Bipiemme Vita S.p.A. di devolvere l'importo della prestazione al "Fondo per le vittime delle frodi finanziarie", istituito in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Art. 7.17 – 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 8 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 8.1 – Denuncia in caso di sinistro

- **Relativamente alla garanzia della sezione 1- Decesso**, i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dagli aventi diritto dell'Assicurato (o i suoi aventi causa), componendo il seguente numero di telefono:

Linea Urbana +39.02.77.00.24.05

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

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, gli aventi diritto **dovranno inviare, con lettera raccomandata A/R o posta certificata, il Modulo di Denuncia sinistro**, ai seguenti indirizzi:

**Bipiemme Vita
Ufficio Gestione Portafoglio
Via G. Lazzaroni, 3
20124 - MILANO**

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

- **Relativamente alle garanzie della sezione 2; 3; 4; 5 - Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita involontaria di impiego**, i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato (o i suoi aventi causa), **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, il Contraente/l'Assicurato (o i suoi aventi causa) **dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R o posta certificata, il Modulo di Denuncia sinistro**, ai seguenti indirizzi:

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

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

Art. 8.2 – 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 dalle Compagnie).

Relativamente alla garanzia DECESSO

Il Beneficiario dovrà presentare:

- **Comunicazione di decesso** dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari, anche disgiuntamente fra loro;
- **Certificato di morte** dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **Documentazione sanitaria** sulle cause e circostanze del decesso, ossia:
 - Relazione del medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi remota;
 - 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;
 - Copia della cartella clinica relativa all'ultimo ricovero (eventualmente) intervenuto tra la data del decesso e il 5° anno antecedente la sottoscrizione del contratto;
 - Ove la Compagnia riscontri che l'Assicurato abbia subito ricoveri nei 5 anni precedenti al decesso, la Compagnia potrà richiedere al Beneficiario la documentazione relativa a ricoveri dell'Assicurato effettuati nei 5 anni antecedenti alla sottoscrizione del contratto e fino alla data del decesso.

Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria, potrà comunicarlo alla Compagnia e sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Compagnia, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa procedere alla richiesta della documentazione stessa.

- **Copia autentica del/i provvedimento/i del Giudice Tutelare**, con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione della prestazione destinata a Beneficiari minorenni o incapaci;
- **Documentazione sulla designazione Beneficiaria**, ossia:

Nel caso di una designazione di Beneficiari effettuata in modo diverso dal riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari (ad esempio, Beneficiario individuato nominativamente):

 - nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari;
 - nel caso siano presenti disposizioni testamentarie:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche di Beneficiari;
 - (ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

Nel caso di una designazione di Beneficiari effettuata con il riferimento alla qualità di eredi testamentari o legittimi:

- nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con l'Assicurato, la loro data di nascita e capacità di agire;
- nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto lasciando uno o più testamenti:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti:
 - che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato è deceduto lasciando testamento e che il/i testamento/i sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati;
 - quali sono gli eredi testamentari, la loro data di nascita e capacità di agire;
 - (ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

In caso di decesso è richiesta copia del documento d'identità e codice fiscale del denunciante e di tutti i Beneficiari.

In presenza di procura è richiesta, oltre a copia della procura stessa, copia del documento d'identità e codice fiscale del legale rappresentante. Analogamente, se il Beneficiario è persona giuridica, è richiesta copia del documento d'identità e del codice fiscale del rappresentante legale, nonché di un documento attestante i relativi poteri.

Relativamente alla Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE

L'Assicurato dovrà presentare:

- **Modulo di adesione;**
- **Copia del referto del Pronto Soccorso o del Medico curante;**
- **Documentazione medica**, con particolare riguardo **alla cartella clinica, nel caso vi sia stato ricovero, relativa all'Infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente;**
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.
- **Piano di ammortamento** originario del finanziamento.

L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente verrà effettuato in Italia.

Relativamente alle garanzie INABILITA' TEMPORANEA

L'Assicurato dovrà presentare:

- **Modulo di adesione;**
- **Copia del referto del Pronto Soccorso o del Medico curante;**
- **La documentazione medica**, con particolare riguardo **alla cartella clinica** nel caso vi sia stato ricovero;
- **Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;**
- **Piano di ammortamento** originario del finanziamento.

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'Assicurato dovrà presentare:

- **Modulo di Adesione;**
- **Copia del referto del Pronto Soccorso o del Medico curante;**
- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
- **Piano di ammortamento** originario del finanziamento.

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.

Relativamente alla garanzia PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

L'Assicurato dovrà presentare:

- **Modulo di Adesione;**
- **Lettera di assunzione o contratto di assunzione;**
- Ultimi 2 cedolini;
- Copia della **lettera di licenziamento** del datore di lavoro;
- **Modulo storico C2** (rilasciato dal Centro per l'impiego) ed **attestazione di iscrizione negli elenchi di disoccupazione** (stato occupazionale) aggiornati ad una data successiva il giorno di scadenza della rata del finanziamento. In caso di impossibilità di produrre la suddetta documentazione, sarà possibile presentare la **Dichiarazione Sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione** (ai sensi dell'art. 46, D.P.R. n. 445/00) stampabile dal sito del Centro per l'impiego;
- **Scheda anagrafica professionale** rilasciata dal Centro per l'impiego, oppure, in alternativa, il **Modulo COB** (Comunicazione Obbligatorie);
- **Piano di ammortamento** originario del finanziamento.

In caso di **Cassa Integrazione (CIGS)** dovranno essere prodotti anche i seguenti documenti:

- **Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;**
- **Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento** (buste paga mensili attestanti la CIGS o eventualmente altra documentazione equipollente in sostituzione attestante il percepimento della CIGS).

Art. 8.3 – 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. 8.4 – 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 dei Beneficiari 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 mancinerismo, 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 30 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.

PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

Successivamente al licenziamento, **qualora l'Assicurato riprenda l'attività lavorativa** (anche presso la stessa Azienda), **ha l'obbligo di comunicarlo alla Compagnia e l'indennizzo non sarà più dovuto.**

Art. 8.5 – 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.

Quando un sinistro per Perdita involontaria di impiego sia stato pagato, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi eventi di disoccupazione salvo che, nel periodo intercorrente tra il primo ed il secondo sinistro, l'Assicurato sia tornato ad essere Lavoratore dipendente privato per un periodo di riqualificazione di 90 giorni consecutivi e sia stato superato il periodo di prova.

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 Bipiemme 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-tariffarie 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: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via G. Lazzaroni 3, 20124 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via G. Lazzaroni 3, 20124 Milano.