

Set informativo

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale (DIP)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- Condizioni di assicurazione comprensive di glossario e redatte secondo le linee guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi
- Privacy

Edizione aggiornata al 06/2025

Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo (DIP Danni) Compagnia: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Prodotto: SOFTOP CPI Small Business

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

✓ **Decesso**

Nel caso di decesso per infortunio viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.

✓ **Invalidità Totale Permanente**

Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.

✓ **Inabilità Temporanea**

Nel caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, da cui derivi un'inabilità temporanea totale, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il periodo di inabilità stessa.

✓ **Ricovero Ospedaliero**

Nel caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia presso un Istituto di cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del finanziamento in scadenza durante il ricovero stesso.

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



Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e 70 compiuti al momento della scadenza del finanziamento;
- ✗ i soggetti che non siano nella condizione di poter rispondere negativamente a tutti i quesiti del questionario anamnestico sottoposto prima dell'adesione alla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

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

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

- alla scadenza del finanziamento;
- in caso di liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Decesso da infortunio;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente dell'Assicurato da infortunio o malattia;
- in caso di decesso dell'Assicurato da malattia;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione o surroga passiva del finanziamento da parte dell'Azienda Aderente (salvo richiesta da parte dell'Azienda Aderente di mantenere in vigore le coperture assicurative);
- per cessazione dell'attività dell'Azienda Aderente;
- per cessazione del rapporto tra l'Assicurato e l'Azienda Aderente;
- al 31 dicembre dell'anno di compimento del 70° compleanno dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

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

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

Assicurazione Credit Protection Insurance

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



Prodotto: SOFTOP CPI Small Business

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 06/2025 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente/aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente/aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

Sito internet: www.bancobpmassicurazioni.it; E-mail: info@bancobpmassicurazioni.it

PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritto all'Albo delle società capogruppo al n° 057) e soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177 ed è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 32.966 milioni ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 4.292 milioni. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 198,44%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.bancobpmassicurazioni.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

La polizza prevede diverse Sezioni: (i) Decesso da infortunio; (ii) Invalidità permanente; (iii) Inabilità temporanea; (iv) Ricovero Ospedaliero.

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che le garanzie di polizza non operano per:

Sezione Decesso da infortunio: (i) omicidio dell'Assicurato consenziente; (ii) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi; (iii) partecipazione attiva dell'Assicurato a missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Azienda Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero; (iv) partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; (v) consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool; (vi) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Sezioni Invalidità permanente, Inabilità temporanea e Ricovero ospedaliero: i sinistri causati da (i) malattie tropicali o epidemiche; (ii) 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; (iii) partecipazione attiva dell'Assicurato a 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; (iv) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici; (v) guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti; (vi) uso o produzione di esplosivi; (vii) 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; (viii) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; (ix) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato; (x) prestazioni per la cura di infertilità e sterilità; (xi) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser; (xii) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport: sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard fuori pista, alpinismo, volo a vela, kitesurf, snowkite, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, tauromachia, hockey bob, atletica pesante, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle; (xiii) 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; (xiv) pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione; (xx) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo); (xv) 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); (xvi) parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; (xvii) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

Franchigie e Scoperti

Si precisa che per le seguenti garanzie:

- **Sezione Invalidità permanente:** si applica una franchigia assoluta del 59%;
- **Sezione Inabilità temporanea:** si applica una franchigia assoluta di 60 giorni;
- **Sezione Ricovero ospedaliero:** si applica una franchigia assoluta di 7 giorni.

Periodo di carenza

Si precisa che per le seguenti garanzie:

- **Sezione Invalidità Permanente:** per la malattia è previsto un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto;
- **Sezione di Inabilità Temporanea:** per la malattia è previsto un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto;
- **Sezione Ricovero ospedaliero:** si applica un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di validità del Contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle aziende sottoscrittrici di un finanziamento con durata massima pari a 5 anni, un capitale assicurato iniziale non superiore a 200.000 euro e sommatoria dei capitali finanziati per ciascun finanziamento non superiore a 500.000 euro presso la banca distributrice, che vogliano assicurare il debito residuo nel caso di sinistri che dovessero coinvolgere persone chiave dell'azienda aderente che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti alla scadenza del finanziamento.



Quali costi devo sostenere?

- Costi intermediazione:

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spesa di acquisizione e gestione del Contratto di Assicurazione, già incluso nel tasso di Premio, è pari al 57%; di questo costo, la quota parte percepita in media dal Distributore è pari ad un 75,44%.

Costi dei PPI: non sono presenti ulteriori costi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: Banco BPM Assicurazioni S.P.A. – Ufficio Reclami – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, e-mail: reclamibbpma@jvcaa.com , pec: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it La Compagnia dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, 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:

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte relative al presente contratto sono a carico del contraente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. L'aliquota dell'imposta sulle assicurazioni in vigore al momento di pubblicazione del presente documento risulta pari 2,50% per la garanzia infortunio.
---	--

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

Presentazione

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

COPERTURE PRESTATE

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

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

Per informazioni generali sulla Polizza telefonare:

Numero verde 800.055.177 (per l'Italia)
Linea Urbana +39 02. 30548801 (per l'Estero)

Contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì
dalle ore 08:00 alle ore 18:00



Glossario

5



Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Decesso da infortunio

Art. 1.1 Chi è assicurato	8
Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi	8
Art. 1.3 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	8

Sezione 2 - Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato	9
Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi	9
Art. 2.3 Carenza	9
Art. 2.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	9

Sezione 3 - Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato	10
Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi	10
Art. 3.3 Carenza	10
Art. 3.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	10

Sezione 4 - Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato	11
Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi	11
Art. 4.3 Carenza	11
Art. 4.4 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti.	11

Sezione 5 - Esclusioni

Art. 5.1 Esclusioni Decesso da infortunio (Sezione 1)	12
Art. 5.2 Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)	12

Sezione 6 - Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 Requisiti di assicurabilità	14
Art. 6.2 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	14
Art. 6.3 Decorrenza del contratto	14
Art. 6.4 Durata del contratto	14
Art. 6.5 Pagamento del premio	15
Art. 6.6 Numero massimo di persone assicurabili	15
Art. 6.7 Diritto di recesso	15
Art. 6.8 Beneficiari	16
Art. 6.9 Estinzione anticipata e surroga passiva	16
Art. 6.10 Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del finanziamento	16
Art. 6.11 Cessazione della copertura assicurativa	16
Art. 6.12 Oneri fiscali	17
Art. 6.13 Forma delle comunicazioni	17
Art. 6.14 Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	17

Art. 6.15 Prescrizione	17
Art. 6.16 Cessione dei diritti	17
Art. 6.17 Sanzioni internazionali	18

Sezione 7 - Denuncia ed obblighi in caso di Sinistro

Art. 7.1 Denuncia in caso di Sinistro	19
Art. 7.2 Obblighi in caso di Sinistro	19
Art. 7.3 Pagamento dell'Indennizzo	20
Art. 7.4 Liquidazione dell'Indennizzo	20
Art. 7.5 Denunce successive	21



Informativa sulla Protezione e sul Trattamento dei dati personali

I termini che nel Contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato, sia al singolare che al plurale:

ASSICURATO

La persona fisica di età compresa tra i 18 e i 70 anni, che ricopre un ruolo chiave presso l'Azienda Aderente e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

ASSICURAZIONE

Insieme delle garanzie previste in Polizza.

AZIENDA ADERENTE

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

BANCA

Banco BPM S.p.A. che eroga un Finanziamento e che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.

BENEFICIARI

Il soggetto (l'Azienda Aderente) al quale spettano le prestazioni previste nel contratto.

CAPITALE ASSICURATO

Il debito residuo in linea capitale risultante al 1 gennaio di ogni anno.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE

L'importo indicato nel Modulo di Adesione, al netto di eventuali rimborsi anticipati.

CAPITALE ASSICURATO PRO-QUOTA

L'importo di capitale relativo al singolo Assicurato, pari al rapporto tra il Capitale assicurato ed il numero degli Assicurati.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci.

Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

CARTELLA CLINICA

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

COMPAGNIA

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE

La Banca che ha stipulato la polizza collettiva con la Compagnia per conto dei propri clienti che sottoscrivono un contratto di Finanziamento.

DEBITO RESIDUO

Debito in linea capitale del Finanziamento risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro, con esclusione di

eventuali importi di rate mensili insolute prima del sinistro.

DECESSO

Morte dell'Assicurato a seguito di infortunio.

FINANZIAMENTO

Prestito erogato dalla Banca all'Azienda Aderente e a cui fa riferimento la copertura assicurativa del presente Contratto di assicurazione.

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

FRANCHIGIA

L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Azienda Aderente tiene a suo carico, perché non pagato né rimborsato dalla Compagnia.

INABILITÀ TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze,
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria;
- le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisioterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MODULO DI ADESIONE

Il modulo che l'Azienda Aderente e gli Assicurati devono sottoscrivere per aderire alla Polizza Collettiva.

PERIODO DI AMMORTAMENTO

È il periodo durante il quale l'Azienda Aderente si obbliga a restituire il debito mediante rate periodiche composte da quota capitale e quota interesse.

POLIZZA COLLETTIVA

Il contratto stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.

PREAMMORTAMENTO

Periodo, di durata non superiore a 60 giorni, che decorre dall'erogazione del Finanziamento durante il quale l'Azienda Aderente è tenuta alla corresponsione al Contraente della parte costituita dalla sola quota interessi.

PREMIO

Somma di denaro che viene versata dall'Azienda Aderente alla Banca e, per il tramite della Contraente, viene riversato alla Compagnia in relazione alla copertura assicurativa.

PRESTAZIONE

Importo liquidabile dalla Compagnia in base alle Condizioni di Assicurazione.

RICOVERO OSPEDALIERO

Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOMMA ASSICURATA

L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Compagnia è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.

SURROGA PASSIVA

Trasferimento del Finanziamento presso un altro distributore.

Condizioni di Assicurazione

Polizza Collettiva CPI Small Business n. 10000000183

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

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

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

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

Sezione 1 – Decesso da infortunio

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida all'Azienda Aderente un indennizzo pari al Capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il Capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale, salvo il caso di cui all'**Art. 6.10 delle presenti Condizioni**.

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

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

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
DECESSO DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Non previsti

Sezione 2 – Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di un infortunio o di una malattia che comporti una Invalidità permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 60%, la Compagnia riconosce all'Azienda Aderente una prestazione pari al capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale.

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

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

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

Art. 2.3 Carenza

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

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

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

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

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
INVALIDITÀ PERMANENTE	Nei limiti della somma assicurata indicata nel Modulo di Adesione per sinistro con il massimo di 200.000 euro	Franchigia 59%

Sezione 3 – Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi

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

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

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'Art. 6.10 delle presenti condizioni.

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

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

Art. 3.3 Carenza

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

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

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

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

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
INABILITÀ TEMPORANEA	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	60 giorni

Sezione 4 – Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde all'Azienda Aderente un indennizzo pari alla somma delle rate mensili (o di diverso frazionamento) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'Art. 6.10 delle presenti condizioni.

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

Art. 4.3 Carenza

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

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

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

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

EVENTO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
RICOVERO OSPEDALIERO	Massimo di 2.000 euro mensili per rata. Massimo 12 rate mensili per sinistro e 24 totali per l'intera durata contrattuale.	7 giorni

Sezione 5 – Esclusioni

Art. 5.1 Esclusioni Decesso da infortunio (Sezione 1)

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

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

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

Sono esclusi dalla copertura i sinistri causati da:

- a) dolo dell'Assicurato;
- b) malattie tropicali o epidemiche;
- c) incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) incidenti di volo, anche in qualità di passeggero, causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo), deltaplani, parapendio, anche in qualità di passeggero;
- e) viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- f) viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Verranno corrisposti altresì gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in Paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;
- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- i) contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
- j) guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;
- k) uso o produzione di esplosivi;
- l) abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- m) Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetiche 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 idroscì, sci acrobatico, sci di velocità, sci nautico, combinata nordica, bobsleigh, skeleton, skiathlon, snowboard, sci alpinismo o fuori pista e snowboard fuori pista, alpinismo, immersioni subacquee, volo a vela, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, pratica di speleologia, scalate in cordata o in solitario, bungee jumping, tauromachia, hockey bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle;**
- s) **pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive compiute a livello professionistico, salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
- t) **pratica da parte dell'Assicurato di gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;**
- u) **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- v) **trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- w) **parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- x) **sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.**

Sezione 6 - Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 Requisiti di assicurabilità

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

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

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

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

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

Art. 6.2 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Qualora la Compagnia intenda recedere dal contratto, ne darà comunicazione all'Azienda Aderente tramite lettera raccomandata A/R e rimborserà all'Azienda Aderente il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di decorrenza del Contratto ed il giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

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

Art. 6.3 Decorrenza del contratto

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

Art. 6.4 Durata del contratto

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

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

Art. 6.5 Pagamento del premio

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

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

$$\text{Premio di perfezionamento iniziale} = t \times KAI \times di$$

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

$$\text{Premio anni successivi} = t \times KA$$

L'ammontare del premio dovuto dall'Azienda Aderente nell'anno di scadenza naturale del Finanziamento, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Finanziamento dello stesso anno, come di seguito indicato:

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

dove:

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

t = tasso di premio 1,33%;

KAI = capitale assicurato iniziale;

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

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

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

Art. 6.6 Numero massimo di persone assicurabili

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

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

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

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

Art. 6.7 Diritto di recesso

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

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

La richiesta di recesso potrà essere esercitata inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R indirizzata a: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, oppure consegnando la richiesta alla filiale della Banca distributrice presso cui è stato sottoscritto il contratto di Finanziamento, oppure inviando la richiesta all'indirizzo di posta certificata della Compagnia: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

La Compagnia procederà, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato all'Art. 6.9 delle presenti condizioni.

Art. 6.8 Beneficiari

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

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

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

Art. 6.9 Estinzione anticipata e surroga passiva

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

Il premio rimborsato sarà pari al premio annuo pagato imponibile, al netto dei costi amministrativi di rimborso del premio indicati nel Modulo di Adesione, moltiplicato per il rapporto tra la durata residua della copertura assicurativa su base annuale (espressa in giorni dalla data di estinzione/trasferimento al 31 dicembre) e la durata della copertura (sempre espressa in giorni, 365 – su base annuale):

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

dove:

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

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

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

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

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

dove:

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

a = percentuale di riduzione del debito residuo

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

Per gli anni successivi le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

In caso di rinegoziazione e moratoria del contratto di Finanziamento, le coperture assicurative continueranno ad operare sino all'eventuale nuova scadenza e le prestazioni saranno calcolate in funzione del piano di ammortamento risultante al 1° gennaio di ciascun anno.

Art. 6.11 Cessazione della copertura assicurativa

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

a) liquidazione della prestazione prevista per la garanzia Decesso da infortunio;

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

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

Art. 6.12 Oneri fiscali

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

Art. 6.13 Forma delle comunicazioni

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

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corsa di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano MI
Posta Elettronica Certificata: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

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

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

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

La richiesta di mediazione deve essere inviata a Banco BPM Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it.

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

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

Art. 6.15 Prescrizione

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

Art. 6.16 Cessione dei diritti

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

Art. 6.17 Sanzioni internazionali

La Compagnia, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (C.A.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad Embargo o Asset Freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di C.A.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola queste misure.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere informazioni e documentazione per verificare la conformità alle Sanzioni Internazionali. Fino a quando non sarà fornita prova soddisfacente dell'assenza di violazioni, la Compagnia potrà sospendere operazioni, rifiutare pagamenti o bloccare fondi, senza responsabilità, penalità o indennizzo per eventuali ritardi o sospensioni.

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

Il Cliente dichiara e garantisce che, per tutta la durata del contratto, né esso né, per quanto di sua conoscenza, alcuna delle sue controllate, amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti o rappresentanti:

- siano una Persona Sanzionata;
- siano posseduti o controllati da una Persona Sanzionata;
- siano situati, residenti ovvero con sede legale in un Paese Sanzionato;
- siano coinvolti in attività con una Persona Sanzionata o con soggetti situati in un Paese Sanzionato.
- abbiano ricevuto fondi o altri beni da una Persona Sanzionata.

Il Cliente si impegna a notificare tempestivamente la Compagnia di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisce che non utilizzerà, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerà pagamenti con fondi di provenienza non conforme alle Sanzioni Internazionali.

Sezione 7 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 7.1 Denuncia in caso di sinistro

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

**Numero Verde 800.767.888 (per Italia),
Linea Urbana +39.02.30548800 (per l'Estero),
contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:30.**

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

**Banco BPM Assicurazioni
Corso di Porta Vigentina n. 9
20122 – MILANO
Posta Elettronica Certificata: sinistriBBPM@legalmail.it
E-MAIL: sinistri@jvcaa.com**

Art. 7.2 Obblighi in caso di sinistro

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

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

Relativamente alla garanzia DECESSO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

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

Relativamente alla Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE

L'Azienda aderente dovrà presentare:

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

Relativamente alle garanzie INABILITÀ TEMPORANEA

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

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

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

Relativamente alla garanzia RICOVERO OSPEDALIERO

L'Azienda Aderente dovrà presentare:

- Copia del certificato del pronto soccorso;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di ricovero).

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

Art. 7.3 Pagamento dell'indennizzo

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

Art. 7.4 Liquidazione dell'indennizzo

DECESSO DA INFORTUNIO

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

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

INVALIDITÀ 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 mancinità, 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 mancino, 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.

INABILITÀ TEMPORANEA

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

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

RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

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

Art. 7.5 Denunce successive

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



Informativa sulla Protezione e sul Trattamento dei dati personali

(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016)

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che la Compagnia Banco BPM Assicurazioni S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, (di seguito, la "Compagnia" o il "titolare") – 07122890960 con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano – 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:

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano.

2. Natura dei dati trattati e finalità del trattamento

A. Finalità connesse alla gestione del rapporto assicurativo/contrattuale (c.d. finalità assicurativa)

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 Compagnia 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 Compagnia 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 ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- la riassicurazione, la coassicurazione o l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali;

Base giuridica: Esecuzione del contratto assicurativo

Per il trattamento di eventuali dati inerenti la salute, la Compagnia 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.

B. Finalità connesse ad attività promozionali e/o di marketing e rilevamento della qualità del servizio

La Compagnia 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 Compagnia 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 della presente informativa.

Base giuridica: Consenso per le finalità di marketing e di profilatura della clientela. Effettuare attività per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

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.

C. Finalità per adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie

Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso. Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (quali ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea n. 2016/97 sulla distribuzione assicurativa).

Base giuridica: Rispetto di obblighi di legge

3. Modalità di trattamento dei dati personali

I Suoi dati saranno trattati in base ai principi di correttezza, liceità e trasparenza secondo 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 Compagnia i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato e formato, 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 Compagnia potrà utilizzare soggetti terzi che svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa e tratteranno i dati in veste di titolari autonomi, responsabili o contitolari del trattamento, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste.

I Suoi dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario, nel rispetto dei termini prescrizionali o nei diversi tempi eventualmente stabiliti dalla normativa legale e regolamentare di riferimento e comunque per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per perseguire le finalità sopra indicate. La Compagnia in ogni caso provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

4. Comunicazione 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 al punto 6 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..

5. Trasferimento dei dati a Paesi extra UE

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.

Per le finalità sopra descritte, i Suoi dati potrebbero essere comunicati e trasferiti anche a destinatari che operano fuori dallo Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il Titolare assicura sin d'ora che l'eventuale trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea che l'eventuale comunicazione dei Suoi dati personali a Destinatari fuori dallo Spazio Economico Europeo avverrà nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 44 - 49 del GDPR.

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate dallo stesso quali Responsabili esterni del trattamento.

I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server dall'Italia e/o dall'Unione Europea in Paesi extra-UE.

6. Diritti dell'interessato, modalità di esercizio dei diritti e reclamo al garante privacy

In qualsiasi momento, l'Interessato avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che Lo riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione in caso di inesattezza;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la limitazione del trattamento dei dati,
- 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 del consenso al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto

degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Responsabile della Protezione dei Dati, Corso di Porta Vigentina 9 20122 Milano – e-mail: DPOBBPMAssicurazioni@legalmail.it.

Il termine per la risposta all'Interessato è di 30 giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

BANCO BPM Assicurazioni S.p.A.

Capitale Sociale € 22.000.000 interamente versato.

Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 07122890960 e Partita I.V.A.

02886700349 Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia, REA n. 1937392. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00177. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provv. ISVAP n°2860 del 22.10.2010, n°2964 del 22.02.2012 e n°3023 del 19.11.2012. Società appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n°057.