



GRUPPO **BPMVITA**

per te ci siamo noi

CPI PRESTITI PERSONALI

Banche e Aziende

Credit Protection a premio unico di tipo collettivo e facoltativo

Il presente documento è stato redatto nel mese di dicembre 2018 e i dati in esso contenuti sono aggiornati a dicembre 2018

Condizioni di Assicurazione

Polizza CPI PRESTITI PERSONALI BANCHE e AZIENDE

SOMMARIO

GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI ADESIONE (fac-simile)

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

GLOSSARIO

A	Adesione	La data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
	Appendice	Documento che forma parte della Convenzione e che viene emesso unitamente o in seguito a questa per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra le Compagnie e la Contraente.
	Assicurato	La persona fisica, intestataria o cointestataria del finanziamento erogato dalla Contraente, che ha le caratteristiche previste all'ART. 3 e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e pagato il relativo premio.
	Assicurazione	Il Contratto di Assicurazione (Polizza Collettiva) e il suo contenuto.
B	Banca distributrice	L'istituto di credito che colloca i prestiti personali erogati da Profamily S.p.A.
	Beneficiario	Il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dalla copertura assicurative.
C	Capitale assicurato	La somma pari al capitale finanziato con il limite massimo previsto dalle Condizioni di Assicurazione.
	Capitale finanziato	È il debito in linea capitale del Prestito risultante dal piano di rimborso originario alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva ed è pari alla sommatoria del capitale richiesto e del premio.
	Capitale richiesto	È il capitale richiesto dall'Assicurato, comprensivo di eventuali commissioni previste dal contratto di finanziamento. Rappresenta la base di calcolo del premio.
	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 ospedaliero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
	Compagnie	Per la garanzia Decesso, relativa alla Polizza Collettiva n. 2252, Bipiemme Vita S.p.A. con sede legale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano. Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Perdita Involontaria d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, relative alla Polizza Collettiva n. 10000000186, Bipiemme Assicurazioni S.p.A., con sede legale in via del Lauro, 1 – 20121 Milano.
	Condizioni di Assicurazione	Insieme della clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

	Contraente	ProFamily S.p.A. che ha stipulato con le Compagnie 2 (due) apposite Convenzioni per l'assunzione del rischio decesso, invalidità permanente totale, perdita involontaria d'impiego inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero e che stipula le Polizze per conto dei propri clienti che sottoscrivono Finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.
	Contratto di Assicurazione o Contratto	Contratto attraverso il quale l'Assicurato trasferisce alle Compagnie un rischio al quale egli è esposto.
	Convenzione assicurativa	L'accordo sottoscritto tra le Compagnie e la Contraente. Tale Convenzione stabilisce le modalità per la stipula, da parte dei clienti, delle coperture assicurative regolate dalle Condizioni di Assicurazione, facenti parte delle presenti Condizioni di Assicurazione.
	Copertura assicurativa	Garanzia assicurativa concessa dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi delle Polizze Collettive e in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione al verificarsi del sinistro a favore del Beneficiario.
D	Data di decorrenza	Data dalla quale le garanzie assicurative cominciano ad operare; coincide con il giorno di erogazione del Finanziamenti da parte della Contraente sempre che a tale giorno sia stato pagato il relativo premio e risulta sottoscritto il Modulo di Adesione.
	Day hospital/ Day surgery	La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di cura documentata da cartella clinica per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo (day hospital) o per prestazioni chirurgiche (day surgery), che non comportano la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica e infermieristica continua.
	Decesso	La morte dell'Assicurato.
	Debito residuo	Debito in linea capitale del Prestito risultante dal piano di rimborso originario alla data del sinistro.
	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 e che non rifiuta eventuali offerte di lavoro. Durante la disoccupazione il lavoratore non dovrà svolgere alcuna attività lavorativa.
	Distributore	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di Contratti di Assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
	Durata della copertura assicurativa o del Contratto	Periodo durante il quale il Contratto è efficace.
E	Esclusioni	Rischi esclusi o limitazioni relative alle coperture assicurative prestate dalle Compagnie,

	riportati nelle Condizioni di Assicurazione.
F	<p>Finanziamento Il Prestito Personale erogato dalla Contraente nella forma di:</p> <p>a. Prestito Personale classico;</p> <p>b. Prestito Personale con periodo di pre-ammortamento sino ad un massimo di 90 (novanta) giorni.</p>
	<p>Firma Digitale Un particolare tipo di firma elettronica basata su un certificato qualificato (che assicura l'identificazione univoca del titolare e rilasciato da certificatori accreditati), realizzata mediante un dispositivo per la generazione della firma che soddisfa i requisiti di sicurezza richiesta dalla vigente normativa, tra i quali l'utilizzo di una OTP (One Time Password).</p>
	<p>Franchigia Intesa come franchigia assoluta (ossia sempre a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'ammontare del danno).</p> <p>Per le garanzie perdita involontaria d'Impiego, inabilità temporanea totale o ricovero ospedaliero è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità.</p> <p>La Franchigia per la Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.</p>
I	<p>Inabilità Temporanea Totale La perdita temporanea ed in misura totale, medicalmente accertata, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria attività lavorativa, a seguito di infortunio o malattia.</p>
	<p>Indennizzo La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.</p>
	<p>Infortunio L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.</p> <p>Sono inoltre parificati agli Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> o le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero ospedaliero, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; o gli eventi subiti dall'Assicurato e derivanti da stato di malore o di incoscienza.
	<p>Invalidità Totale Permanente da infortunio e malattia La perdita totale, definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità, accertato sia pari o superiore al 60%.</p>
	<p>Istituto di Cura Istituto universitario, ospedale, casa di cura, 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.</p>
	<p>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</p>

con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

L **Lavoratore autonomo**

La persona fisica per la quale siano verificabili entrambe le condizioni sotto riportate:

- non percepisca e non abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno precedente un reddito da lavoro dipendente;
- percepisca e abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) dell'anno fiscale precedente e quale reddito prevalente almeno uno dei redditi definiti agli articoli 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 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) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Lavoratore dipendente

La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico economica, in forza di un contratto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato; a tempo determinato, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti di inserimento ossia ex contratto di formazione lavoro, di apprendistato, di somministrazione lavoro ossia ex lavoratori interinali, o altre forme di lavoro atipico) regolato dalla legge italiana comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali e per un periodo di 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro; tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro.

Sono altresì considerati lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: i soci di cooperativa, i titolari di borsa di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, i quali sono considerati lavoratori autonomi. Sono altresì considerati lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche (ad esempio: i soci di cooperativa, i titolari di borsa di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50 lettera c-bis del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, i quali sono considerati lavoratori autonomi.

Lavoratore dipendente privato

Il lavoratore dipendente che è iscritto nei libri paga dell'impresa con un contratto di lavoro dipendente non della Pubblica Amministrazione.

Sono comunque considerati Lavoratori dipendenti, solo ai fini della copertura assicurativa del presente contratto, i collaboratori familiari 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 sia Lavoratore dipendente ma presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo ma non limitativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- o le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- o le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- o le Regioni – le Province – i Comuni;
- o le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;

		<ul style="list-style-type: none"> o le Istituzioni Universitarie; o le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni; o le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
M	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture assicurative sottoscrivendo il quale ciascuna persona fisica che ha richiesto Prestito Personale presso la Contraente dichiara di voler aderire alle Polizze Collettive.
N	Non Lavoratori	Tutte le persone fisiche che non rientrano 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	Pacchetto	L'insieme inscindibile delle garanzie acquistabili sulla base dello stato lavorativo dell'Assicurato.
	Perdita Involontaria d'Impiego	La cessazione del rapporto di lavoro dipendente a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo.
	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 d'Impiego.
	Piano di rimborso originario	Il piano di rimborso del Prestito Personale concesso dalla Contraente in vigore al momento dell'erogazione del Prestito.
	Polizza Collettiva	Il presente Contratto di Assicurazione stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati.
	Pre-ammortamento	Periodo iniziale che si conta dalla data di erogazione del Finanziamento al giorno in cui scatta il rimborso della prima rata, nella quale l'importo corrisposto è costituito interamente dalla quota interessi.
	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Assicurato al Distributore, 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.
	Prestito Personale Banche	Prestito Personale erogato dalla Contraente, di durata minima non inferiore ai 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza Collettiva. Sono inclusi i finanziamenti con periodo di pre-ammortamento pari a 90 (novanta) giorni.

	Prestito Personale Aziende	Prestito Personale erogato dalla Contraente, destinato esclusivamente ai dipendenti delle aziende convenzionate della Contraente stessa, di durata minima non inferiore ai 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente Polizza Collettiva. Sono inclusi i finanziamenti con periodo di pre-ammortamento pari a 90 (novanta) giorni.
R	Ricovero Ospedaliero	Lo stato di degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di cura, pubblico o privato, dovuta ad infortunio o malattia, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali o in day hospital/day surgery, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni di Assicurazione.
S	Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano il Contratto di adesione individuale alle Polizze Collettive (di seguito il "Contratto") stipulate da ProFamily S.p.A. (di seguito la "Contraente") con Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Compagnia" o le "Compagnie").

Il Contratto è abbinabile ai Prestiti Personali erogati dalla Contraente e collocati dalla Banca distributrice ai propri clienti o da Profamily ai dipendenti delle aziende convenzionate (di seguito i "Prestiti") stipulati tra l'intestatario del finanziamento che coincide con l'Assicurato e la Contraente delle Polizze Collettive.

Il Contratto può essere solo stipulato contestualmente al Prestito, nei limiti e nei termini di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, di cui il Modulo di Adesione è parte integrante.

Gli obblighi delle Compagnie dipendono esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, 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.

PARTE I – Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1. COPERTURE ASSICURATIVE

Il presente Contratto comprende 3 (tre) pacchetti assicurativi differenti acquistabili sulla base dello stato lavorativo dell'Assicurato al momento dell'adesione alla polizza:

- 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 TOTALE	SI	SI	SI
PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO	SI	-	-
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	-	SI	-
RICOVERO OSPEDALIERO	-	-	SI

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Assicurato.

ART. 2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, corrette e complete al fine di un'esatta valutazione del rischio da parte delle Compagnie. L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alle Compagnie le circostanze a lui note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
Condizioni di Assicurazione

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali le Compagnie non avrebbero prestato il proprio consenso, o non lo avrebbero prestato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, le Compagnie hanno diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave:

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

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

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

Le Compagnie hanno diritto alla parte di premio relativa al periodo di assicurazione in corso al momento in cui hanno domandato l'annullamento. 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.

ART. 3. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE

Per poter aderire alle Polizze Collettive, l'Assicurato dovrà trovarsi, al momento dell'adesione, nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

- a) avere sottoscritto con la Contraente delle presenti Polizze Collettive un Prestito Personale:
 - con un periodo massimo di pre-ammortamento di 90 (novanta) giorni,
 - di durata minima non inferiore a 12 (dodici) mesi e di durata massima non superiore ai 120 (centoventi) mesi o 123 (centoventitre) se comprensivo di pre-ammortamento),
 - con capitale richiesto massimo pari a € 30.000 (trentamila) per Assicurato per i Prestiti Personali Aziende e € 70.000 (settantamila) per Assicurato per i Prestiti Personali Banche;
- b) essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- c) avere una età non inferiore ai 18 (diciotto) anni alla data di decorrenza e non superiore ai 75 (settantacinque) anni alla data di scadenza del Prestito Personale concesso;
- d) avere sottoscritto il Modulo di Adesione;
- e) **nel caso di Assicurato lavoratore, non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 (dodici) mesi per più di 30 (trenta) 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 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.**

RESTA INTESO CHE LE COMPAGNIE SI RISERVANO COMUNQUE SEMPRE LA FACOLTÀ DI ACCETTARE IL RISCHIO A PROPRIO INSINDACABILE GIUDIZIO

Qualora abbia aderito alle Polizze Collettive un soggetto privo delle condizioni di assicurabilità di cui sopra, le Compagnie – anche per il tramite di Profamily S.p.A. – procederanno al rimborso del premio corrisposto.

ART. 4. LIMITI TERRITORIALI

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

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

ART. 5. CAMBIO DI 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. 9 della Parte I delle 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 d'Impiego se, dal sinistro precedente, non sarà trascorso un periodo di riqualificazione di 180 (cento-ottanta) 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. 6. COINTESTAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Ove il finanziamento sia cointestato, è possibile assicurare i cointestatari, fino ad un massimo di 2 (due); purché siano tutti in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'ART. 3 che precede. Entrambi i soggetti verranno assicurati per l'intero capitale finanziato. In tal caso ciascun Assicurato pagherà il premio previsto per l'intero importo finanziato.

Non è prevista una differente modalità di adesione tra i cointestatari; pertanto, tutti gli intestatari dovranno sottoscrivere un Modulo di Adesione assumendosi ogni responsabilità in merito alla veridicità delle dichiarazioni e informazioni rilasciate.

Ove, con riferimento a un medesimo contratto di finanziamento, vi siano 2 (due) Assicurati, la cessazione per uno di essi della copertura assicurativa non pregiudica la continuazione delle coperture assicurative a favore dell'altro.

ART. 7. ADESIONE, DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

ART. 7.1. Adesione alle coperture assicurative

L'adesione alle coperture assicurative avviene mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato.

La sottoscrizione può avvenire mediante firma autografa su documento cartaceo ovvero, ove consentito dal Distributore, mediante Firma Digitale, come disciplinata dal D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione digitale) e relative norme di attuazione. In tale ultimo caso, il Modulo di Adesione viene emesso sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

L'adesione può avvenire solamente in fase di stipula del contratto di finanziamento.

ART. 7.2. Decorrenza del Contratto

A condizione che sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione e corrisposto il premio contrattualmente previsto e fatto salvo il periodo di carenza eventualmente definito per le singole garanzie, il Contratto decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di erogazione del finanziamento.

La decorrenza è comunicata alle Compagnie dalla Contraente.

ART. 7.3. Durata e Termine del Contratto

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 rapporto di finanziamento e **non può comunque essere superiore a 120 (centoventi) mesi** o 123 (centoventitre) mesi se comprensivo di pre-ammortamento.

La copertura assicurativa ha comunque termine:

- alla scadenza del contratto di finanziamento;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso, Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato;
- 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 unitamente all'altro Assicurato, in caso di cointestazione del finanziamento);

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

- nel caso di cambio attività o professione, salvo quanto previsto al precedente ART. 5.

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

ART. 8. PREMIO

Il premio è unico e anticipato e dipende dall'importo del capitale richiesto e dalla durata, come di seguito indicato:

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

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, così come indicato nel Modulo di Adesione

K = capitale richiesto, così come risultante dal Modulo di Adesione

d = durata del finanziamento, così come risultante dal Modulo di Adesione

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

Il premio è incluso nel capitale finanziato e il suo pagamento avverrà con le modalità previste per la restituzione del finanziamento.

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

ART. 9. ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO E PORTABILITÀ

Nel caso in cui l'Assicurato estingua anticipatamente il Prestito ovvero il Prestito sia oggetto di trasferimento (portabilità) ad altro ente finanziatore, qualora non risultino sinistri aperti, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio relativo al periodo residuo per il quale il rischio è cessato, calcolata alla data dell'estinzione/portabilità, sommando i risultati delle seguenti formule:

$$\text{Rimborso del premio} = \text{Rimborso del premio puro} + \text{Rimborso dei costi}$$

$$\text{Rimborso del premio puro} = \frac{[(P - C) * (n - t) * (n - t + 1)]}{n * (n + 1)}$$

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

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)

Le Compagnie potranno trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del Contratto e per il rimborso del premio come quantificate nel Modulo di Adesione.

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

Resta inteso che l'Assicurato avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le coperture assicurative, operanti al momento della richiesta, dandone informazione alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata o portabilità.

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

ART. 10. RIMBORSO ANTICIPATO PARZIALE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO E/O RINEGOZIAZIONE

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare anticipatamente una parte del Prestito e/o rinegoziarlo, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, anche per il tramite della Contraente, la parte di premio pagato relativo al periodo residuo 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

$$\text{Rimborso del premio puro} = \frac{\alpha * [(P - C) * (n - t) * (n - t + 1)]}{n * (n + 1)}$$

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

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)

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

Le Compagnie potranno trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del Contratto e per il rimborso del premio come quantificate nel Modulo di Adesione.

Resta inteso che l'Assicurato avrà comunque la possibilità di mantenere in vigore le coperture assicurative, operanti al momento della richiesta, dandone informazione alla Contraente contestualmente alla richiesta di estinzione anticipata parziale.

ART. 11. DIRITTO DI RECESSO

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Assicurato può recedere dal Contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.

In tal caso, il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno della presentazione della richiesta al Distributore o, nel caso di comunicazione mediante lettera raccomandata, dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di spedizione della stessa alle Compagnie. 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 al precedente art. ART. 9.

L'Assicurato, inoltre, può recedere dal Contratto con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.

In entrambi i casi, l'Assicurato potrà esercitare la facoltà di recesso consegnando la richiesta alla Contraente oppure al Distributore presso cui è stato concluso il Contratto oppure alle Compagnie a mezzo lettera raccomandata A/R, contenente gli elementi identificativi della propria posizione assicurata, indirizzata a:

Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Via del Lauro n. 1
20121- MILANO

In alternativa alla comunicazione a mezzo lettera raccomandata se l'Assicurato è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata può inviare la richiesta di recesso all'indirizzo di posta elettronica certificata delle Compagnie:

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
Condizioni di Assicurazione

Per **Bipiemme Vita**: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

Per **Bipiemme Assicurazioni**: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

ART. 12. BENEFICIARI

Beneficiari delle prestazioni assicurative previste dal Contratto in caso di decesso dell'Assicurato sono gli eredi testamentari o, in assenza di testamento, legittimi dell'Assicurato stesso, ossia i soggetti che rivestono, al momento della morte dell'Assicurato, la qualità di chiamati all'eredità di costui, risultando irrilevante, al fine, la successiva rinuncia o accettazione dell'eredità da parte degli stessi.

Come previsto dagli articoli 1920 e 1921 del Codice Civile, il Beneficiario di un Contratto di Assicurazione sulla vita, per effetto della designazione fatta a suo favore, acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Da ciò deriva che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e che in caso di pluralità di beneficiari, salvo diversa indicazione da parte dell'Assicurato che faccia espressa menzione del presente Contratto, la prestazione assicurativa sarà divisa in parti uguali.

L'Assicurato ha la facoltà, in qualsiasi momento, di revocare o modificare la suddetta designazione, ad eccezione dei seguenti casi:

- dopo che l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso dell'Assicurato;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia ovvero disposte per testamento. In tale ultimo caso, per essere efficace, la relativa clausola testamentaria deve fare espresso riferimento al presente Contratto assicurativo.

Qualora, per qualsiasi ragione, risulti mancante la designazione del Beneficiario per il caso di morte, si intenderanno come tali l'erede o gli eredi testamentari o, in assenza, gli eredi legittimi (in entrambi i casi in parti uguali).

Per le coperture prestate da Bipiemme Assicurazioni S.p.A., le prestazioni assicurative saranno riconosciute a favore dell'Assicurato.

In nessun caso, nel corso della durata del Contratto, la Contraente ovvero qualsiasi Società appartenente al Gruppo Bipiemme potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle prestazioni assicurative.

ART. 13. PRESCRIZIONE

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2952 del Codice Civile, per la copertura per il caso di decesso dell'Assicurato prestata da Bipiemme Vita S.p.A., i diritti nascenti dal Contratto si prescrivono nel termine di 10 (dieci) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Per le coperture prestate da Bipiemme Assicurazioni S.p.A. i diritti derivanti dal presente Contratto si prescrivono invece nel termine di 2 (due) anni dal momento in cui 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. 14. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Le Compagnie rinunciano al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 15. 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. 16. COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie dovranno essere fatte per iscritto a:

- per la Polizza n. 2252: Bipiemme Vita S.p.A. – Via del Lauro, 1 – 20121 Milano; posta elettronica certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it
- per la Polizza n. 10000000186: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. – Via del Lauro, 1 – 20121 Milano; posta elettronica certificata gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato nel Modulo di Adesione.

L'eventuale variazione del recapito dovrà essere comunicato per iscritto alle Compagnie.

ART. 17. IMPOSTE E TASSE

Le imposte e le tasse relative alle presenti Polizze Collettive sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati all'Assicurato.

ART. 18. 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:

- nel caso di controversia inerente la copertura per il caso di decesso dell'Assicurato, a Bipiemme Vita S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via del Lauro n. 1 - 20121 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmevita@pec.it
- nel caso di controversia inerente le altre coperture, a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via del Lauro n. 1 - 20121 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 dell'Assicurato o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente Contratto.

PARTE II – Condizioni Particolari di Assicurazione

Le garanzie di seguito riportate sono valide solo se espressamente richiamate nel Modulo di Adesione e se corrisposto il relativo premio

ART. 19. DECESSO

Garanzia presente in tutti i Pacchetti.

ART. 19.1. Oggetto della copertura

Fermo restando quanto previsto all'ART. 24, nel caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia, prima della scadenza del Contratto, Bipiemme Vita S.p.A. corrisponde ai Beneficiari una prestazione pari al debito residuo, in linea capitale, al momento del sinistro, secondo il piano di rimborso originario.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di estinzione totale del contratto di finanziamento cui la Polizza è abbinata, la copertura assicurativa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

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

ART. 19.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione.

ART. 20. INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Garanzia presente in tutti i Pacchetti.

ART. 20.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 24, nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio o contragga una malattia durante il periodo contrattuale, da cui derivi un'invalidità totale permanente riconosciuta di grado pari o superiore al 60% della totale, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde 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 rilevano, pertanto, ai fini del calcolo della percentuale dell'Invalidità permanente per la prestazione.

ART. 20.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Adesione.

Eventuali indennizzi già corrisposti relativamente al medesimo sinistro per le altre prestazioni previste nel Pacchetto, nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data di riconoscimento dell'invalidità permanente totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

ART. 20.3. Criteri di indennizzabilità

L'accertamento dell'invalidità totale permanente deve essere effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia non prima di 6 (sei) mesi e non oltre i 18 (diciotto) mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio o della malattia che l'hanno provocata.

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

L'accertamento dei postumi stabilizzati di invalidità totale permanente verrà effettuato in Italia.

In relazione all'invalidità totale permanente causata da infortunio:

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 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

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
Condizioni di Assicurazione

esso. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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

Nel caso in cui 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.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella menzionata Tabella INAIL, il grado di invalidità permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In relazione all'invalidità totale permanente causata 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.

Nel corso della durata contrattuale le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità permanente sia stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, sarà erogata a favore dei Beneficiari – nei limiti e nei termini di cui alla Parte II delle Condizioni Particolari di Assicurazione – la prestazione prevista per il caso di decesso.

ART. 20.4. Carenza

La garanzia Invalidità Totale Permanente da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza del Contratto.

Qualora si verifichi il sinistro per Invalidità Totale Permanente da malattia 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.

La garanzia Invalidità Totale Permanente da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

ART. 21. PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

Garanzia presente nel solo Pacchetto 1, acquistabile dai soli Lavoratori dipendenti privati.

ART. 21.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 24, nel caso di perdita involontaria d'impiego dell'Assicurato, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde allo stesso un indennizzo pari alla somma delle rate mensili risultanti dal piano di rimborso originario e che hanno scadenza durante il restante periodo di disoccupazione stessa.

ART. 21.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo di € 2.000 (duemila) per singola rata mensile. Inoltre, l'indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:

- a) 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro;
- b) 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, ha l'obbligo di comunicarlo tempestivamente alla Compagnia e l'indennizzo, in ogni caso, non sarà più dovuto.

ART. 21.3. Carenza

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 90 (novanta) giorni.

Qualora la Perdita Involontaria d'Impiego si verifichi nel periodo di carenza l'indennità non verrà corrisposta.

ART. 21.4. Franchigia

La garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta 30 (trenta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività (desunta da lettera di licenziamento).

ART. 22. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Garanzia presente nel solo Pacchetto 2, acquistabile dai soli Lavoratori dipendenti pubblici e Lavoratori autonomi.

ART. 22.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 24, in caso di inabilità temporanea totale Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari all'importo delle rate mensili risultanti dal piano di rimborso originario e che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa.

Se il sinistro dovesse avvenire durante l'attività lavorativa, l'Assicurato dovrà dimostrare di esercitare effettivamente un'attività lavorativa regolare.

ART. 22.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo di € 2.000 (duemila) per singola rata mensile. Inoltre, l'indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:

- a) 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro;
- b) 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.

ART. 22.3. Carenza

La garanzia Inabilità Temporanea Totale da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza del Contratto.

Qualora si verifichi il sinistro per Inabilità Temporanea Totale da malattia 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.

La garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

ART. 22.4. Franchigia

La garanzia Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta pari a 30 (trenta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa medicalmente accertata.

ART. 23. RICOVERO OSPEDALIERO

Garanzia presente nel solo Pacchetto 3, acquistabile dai soli Non Lavoratori.

ART. 23.1. Oggetto della copertura

Ferme le esclusioni di cui all'ART. 24, nel caso in cui l'Assicurato, nel periodo di efficacia della copertura, sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia presso un Istituto di Cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari all'importo della rata mensile in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, così come risultante dal piano di rimborso originario.

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
Condizioni di Assicurazione

Il ricovero deve rendersi necessario, a titolo esemplificativo e non limitativo, per l'esecuzione di accertamenti, operazioni chirurgiche, cure e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

ART. 23.2. Limiti di indennizzo

La garanzia è prestata con il limite massimo di indennizzo di € 2.000 (duemila) per singola rata mensile. Inoltre, l'indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:

- a) 12 (dodici) rate mensili del finanziamento per singolo sinistro;
- b) 24 (ventiquattro) rate mensili del finanziamento per l'intera durata contrattuale.

ART. 23.3. Carenza

La garanzia Ricovero Ospedaliero da malattia è sottoposta ad un periodo di carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza del Contratto.

Qualora si verifichi il sinistro per ricovero ospedaliero nel periodo di carenza, l'indennizzo non verrà corrisposto. La garanzia Ricovero Ospedaliero da infortunio non è sottoposta ad un periodo di carenza.

ART. 23.4. Franchigia

La garanzia Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 7 (sette) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di ricovero ospedaliero.

ART. 24. ESCLUSIONI

ART. 24.1. Esclusioni relative alla garanzia Decesso

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

1. dolo del Beneficiario;
2. suicidio od omicidio dell'Assicurato consenziente, entro 2 (due) anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, 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;
5. partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
6. partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
7. 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;
8. consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o 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;
9. sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
10. svolgimento delle seguenti attività lavorative rischiose: militare di reparti operativi, pilota di elicotteri o 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, vigile del fuoco.

ART. 24.2. Esclusioni relative alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero

Sono esclusi dalle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero i sinistri causati da:

1. dolo dell'Assicurato;
2. malattie tropicali o epidemiche;
3. partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;

4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota, o qualunque altro membro dell'equipaggio;
8. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; 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 (quattordici) 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;
9. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
10. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
11. guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione prevista dalle disposizioni vigenti;
12. uso o produzione di esplosivi;
13. 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;
14. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici e correzioni di difetti estetiche non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
15. prestazioni per la cura di infertilità e sterilità;
16. interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
17. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
18. 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;
19. 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;
20. 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;
21. pratica di tutti gli sport professionali, che comporti un compenso o una remunerazione;
22. partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
23. trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
24. parto, gravidanza, aborto terapeutico, volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
25. sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
26. svolgimento delle seguenti attività lavorative rischiose: militare di reparti operativi, pilota di elicotteri o 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, vigile del fuoco.

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
Condizioni di Assicurazione

ART. 24.3. Esclusioni relative alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego

Per la garanzia Perdita Involontaria d'impiego valgono le seguenti esclusioni:

1. 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;
2. il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari o professionali;
3. la risoluzione del rapporto di lavoro avviene per volontà dell'Assicurato (escluse le dimissioni per giusta causa);
4. la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento o si raggiunga l'età della quiescenza;
5. 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.);
6. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria e Edilizia anche in deroga;
7. nel caso di contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
8. 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;
9. l'Assicurato è stato assoggettato a contratti di solidarietà;
10. 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);
11. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
12. superamento del periodo di comporto;
13. licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore o arresti domiciliari;
14. 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.

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

PARTE III – Denuncia e gestione dei sinistri

ART. 25. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono denunciare tempestivamente il sinistro, provando la sussistenza degli elementi che valgono a costituire il diritto all'indennizzo mediante l'invio di tutta la documentazione necessaria per la sua definizione, secondo le modalità indicate nei successivi ART. 25.1 e ART. 25.2; devono inoltre consentire alle Compagnie di effettuare gli accertamenti necessari per determinare l'eventuale liquidazione del sinistro. L'Assicurato deve altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto di Assicurazione.

Le Compagnie avranno la facoltà di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e/o a visita medico-legale in tutti quei casi in cui sia necessario valutare l'applicabilità delle coperture assicurative al fine di erogare l'eventuale indennizzo.

Le Compagnie terranno a proprio carico le spese e gli oneri necessari per l'accertamento e la stima del danno. Le spese per i certificati si intendono sempre a carico dell'Assicurato.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, le Compagnie si riservano di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

LA MANCATA OSSERVANZA DELLE PROCEDURE LIQUIDATIVE PUÒ COMPORTARE LA PERDITA TOTALE O PARZIALE DEL DIRITTO ALL'INDENNIZZO

ART. 25.1. Garanzia Decesso

In caso di decesso, il sinistro deve essere tempestivamente denunciato a mezzo lettera raccomandata A/R da inviarsi a:

Bipiemme Vita S.p.A.
 Ufficio Gestione Portafoglio
 Via del Lauro n. 1
 20121 – MILANO

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

Per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto la Compagnia deve ricevere, tramite la Contraente o direttamente, i documenti necessari.

AVVERTENZA: Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle finalità sottese alla richiesta della documentazione di seguito riportata.

In particolare l'Assicurato è consapevole che:

- la richiesta di acquisire la documentazione medico-sanitaria risponde alla finalità di consentire alla Compagnia di verificare la presenza dei presupposti per la liquidabilità della prestazione assicurata; a tal fine si rammenta all'Assicurato la necessità di conservare la propria documentazione medico-sanitaria e di renderla disponibile al Beneficiario. In ogni caso, la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione.
- la richiesta di acquisire la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata e la copia autentica dei testamenti (se presenti) risponde alla finalità di consentire una corretta individuazione degli aventi diritto alla prestazione assicurata.

In particolare, il Beneficiario dovrà presentare la seguente documentazione:

- o Comunicazione di decesso dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari, anche disgiuntamente fra loro; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso

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

CPI Prestiti Personali Banche e Aziende
 Condizioni di Assicurazione

facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni utili ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;

- o Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- o Documentazione sanitaria sulle cause e circostanze del decesso, ossia:
 - Relazione del medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi remota; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni mediche ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;
 - 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. Sul sito della Compagnia è reperibile l'elenco delle autorizzazioni che il Beneficiario può rilasciare alla Compagnia per consentire, nel caso sopra citato, di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi.

Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Assicurato proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che li riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;

- o 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;
- o 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.

Nel caso di pegno o vincolo, per i pagamenti della Compagnia è richiesto il benestare scritto dell'eventuale creditore pignoratorio o del vincolatario, in difetto del quale il pagamento sarà effettuato a detto creditore o al vincolatario.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti dalla Compagnia, specificandone la motivazione, solo in presenza di situazioni particolari, per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie ovvero al fine di dare adempimento a specifiche disposizioni normative.

In particolare, la Compagnia si riserva di chiedere la produzione dell'originale della polizza qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione della Compagnia o quando la Compagnia stessa contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il Beneficiario intenda far valere.

Al fine di ridurre gli oneri a carico dei clienti, la Compagnia e la Contraente adottano una gestione della documentazione tale per cui non venga richiesta, in fase di sottoscrizione del contratto o di liquidazione, documentazione non necessaria o di cui già dispongono, avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti con il medesimo Assicurato, e che risulti ancora in corso di validità.

AVVERTENZA: Le richieste di pagamento incomplete o il mancato rilascio delle autorizzazioni sopra menzionate possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

ART. 25.2. Altre garanzie assicurative

In caso di invalidità permanente totale, perdita involontaria d'impiego, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, 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 (otto) alle ore 18 (diciotto) e seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore. I numeri di cui sopra possono essere anche utilizzati per richiedere eventuali informazioni sullo stato del sinistro.

L'Assicurato dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R, il Modulo di denuncia sinistro – consegnato unitamente alle presenti Condizioni di Assicurazione – al seguente indirizzo:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
c/o BLUE ASSISTANCE
Via Santa Maria, 11
10122 – TORINO

Ai fini della liquidazione dei sinistri, il Modulo di denuncia sinistro dovrà essere corredato dal Modulo di Adesione e dalla seguente documentazione (salvo eventuali integrazioni richieste della Compagnia):

a) In caso di INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

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

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Piano di ammortamento originario del finanziamento.

b) In caso di PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Copia della scheda professionale;
- Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- Copia del piano di rimborso originario.

c) In caso di INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Visura camerale aggiornata dopo la data del sinistro;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica completa e conforme all'originale;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del piano di rimborso originario.

d) In caso di RICOVERO OSPEDALIERO

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero e di referti medici;
- Copia del piano di rimborso originario.

ART. 25.3. Denunce successive

Quando un sinistro per Ricovero Ospedaliero e/o Inabilità Temporanea Totale 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 90 (novanta) giorni consecutivi.

Quando un sinistro per Perdita Involontaria d'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 (novanta) giorni consecutivi e sia stato superato il periodo di prova.

ART. 26. CLAUSOLA LIBERATORIA

L'Assicurato e i suoi aventi causa liberano dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso prima del sinistro.

Per i sinistri dovuti da Perdita Involontaria d'impiego, l'Assicurato scioglie il datore di lavoro da ogni riserbo.

ART. 27. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Ricevuta la documentazione di cui al precedente ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO e verificata l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, le Compagnie, provvedono al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Decorso tale termine, per la sola garanzia Decesso, sono dovuti, a favore degli aventi diritto, gli interessi moratori pari al saggio legale di interesse in vigore a quel momento, a partire dal termine stesso.

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 Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito le "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovranno 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, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalle 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, nonché gli eventuali dati personali riferiti a soggetti terzi da Lei comunicati (di seguito anche i "Dati Personali") saranno raccolti e trattati dalle Società per le finalità di seguito riportate.

Nel caso in cui Lei comunichi alle Società Dati Personali riferiti a soggetti terzi (come, ad esempio, nel caso di Beneficiari indicati in forma nominativa o di indicazione di un Referente Terzo) sarà Sua cura consegnare copia della presente informativa a tali soggetti.

A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI E ALLA GESTIONE ED ESECUZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

Il conferimento dei Dati Personali necessari per prestare i servizi richiesti ed eseguire i contratti (ivi compresi gli atti in fase precontrattuale) non è obbligatorio, ma il rifiuto a fornire tali Dati Personali comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo. A titolo esemplificativo, rientra in tale tipologia il trattamento di Dati Personali effettuato per:

- 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;
- attività statistico-tariffarie e di profilazione della clientela.

A.2 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 (ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale e la comunicazione dei dati agli intermediari al solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina antiriciclaggio; la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso; la normativa inerente alla prevenzione delle frodi nel settore del credito al consumo, con specifico riferimento al furto d'identità, richiede la comunicazione dei dati ai fini dell'alimentazione del relativo archivio centrale automatizzato - SCIPAFI).

A.3 LEGITTIMO INTERESSE DEL TITOLARE

Il trattamento dei Dati Personali è necessario per perseguire un legittimo interesse delle Società, ossia:

- per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso le Società potranno trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali e non è richiesto il Suo consenso.

A.4 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

Le Società possono 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 dalle 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 Dati Personali 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 delle 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 le Società potranno 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 DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Dati Personali 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 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 Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via del Lauro n. 1, 20121 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Bipiemme Vita S.p.A., Via del Lauro n. 1, 20121 Milano.

MODULO DI ADESIONE

alle **Polizze Collettive n. 2253 e n. 1000000187**
tra **ProFamily S.p.A., Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**
CPI PRESTITI PERSONALI BANCHE E AZIENDE

DATI DEL PRESTITO PERSONALE

Pratica Prestito Personale n°: N° Intestatari:
 Capitale richiesto: € Durata Prestito Personale (in mesi)
 Capitale assicurato: € Durata copertura (in mesi):

DATI DELL'ASSICURATO

Nome: Cognome:
 CF: Nato a: Prov: il:
 Comune di residenza: Prov: CAP:
 Indirizzo:

DATI DEL BENEFICIARIO

IN CASO DI MANCATA COMPILAZIONE DEI DATI CHE SEGUONO RELATIVI AL BENEFICIARIO, LE COMPAGNIE POTREBBERO RISCONTRARE, IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO, PARTICOLARI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E RICERCA DEL BENEFICIARIO STESSO. L'ASSICURATO HA LA FACOLTÀ, IN QUALSIASI MOMENTO, DI REVOCARE O MODIFICARE LA DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO, SALVO I CASI DESCRITTI NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

A. Designazione dei beneficiari in forma nominativa

L'Aderente designa, in caso di decesso, i seguenti soggetti quali beneficiari delle prestazioni:

Nominativo	C.F./Partita IVA	Indirizzo	Cap	Comune di residenza	E-mail	%

L'Aderente esclude, prima dell'evento, l'invio di comunicazioni ai beneficiari se indicati in forma nominativa?

SI

NO

B. Designazione dei beneficiari non in forma nominativa

Qualora l'Aderente non desiderasse designare i beneficiari in forma nominativa, le prestazioni in caso di decesso saranno liquidate a favore degli eredi testamentari o, in assenza, legittimi, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

DESIGNAZIONE DI UN REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente designa, in caso di decesso, il seguente soggetto, a cui l'impresa potrà fare riferimento:

Nominativo	C.F./Partita IVA	Indirizzo	Cap	Comune di residenza	E-mail

Il sottoscritto, avendo richiesto l'erogazione di un Prestito Personale,

PRENDE ATTO CHE:

- ai sensi dell'articolo 1891 del Codice Civile, ProFamily S.p.A. ha stipulato con Bipiemme Assicurazioni S.p.A. e Bipiemme Vita S.p.A. una Convenzione per la copertura dei rischi decesso, invalidità permanente totale, perdita involontaria d'impiego, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero cui possono aderire i clienti persone fisiche che hanno stipulato un contratto di finanziamento con la predetta società;
- **la Polizza ha carattere facoltativo e che l'erogazione del Prestito Personale non è in alcun modo condizionata all'adesione alla Polizza stessa;**
- la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione può avvenire mediante firma autografa su documento cartaceo ovvero, ove consentito dal Distributore, mediante Firma Digitale;
- le suddette coperture assicurative sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi l'evento, siano erogate le prestazioni previste in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- il tasso di premio è pari a _____%, comprensivo del 2,50% d'imposta per le coperture danni;
- le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di erogazione del Prestito, a patto che sia stato corrisposto il premio contrattualmente previsto;
- l'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato di un premio unico e anticipato, incluso nel capitale finanziato, comprensivo dell'imposta di assicurazione, per l'insieme delle coperture assicurative prestate dalle Compagnie e per tutta la durata delle stesse;
- **in assenza di sinistri può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza;**
- **può recedere dal Contratto annualmente con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.**

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

- ✓ di essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✓ 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;
- ✓ nel caso di lavoratore dipendente privato, di 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.

L'Assicurato dichiara inoltre di essere a conoscenza:

- che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- che il numero di rate rimborsabili dalla Compagnia nell'ipotesi in cui si verifichi l'evento perdita involontaria d'impiego, inabilità temporanea totale e/o ricovero ospedaliero è inferiore al numero totale di rate del finanziamento;
- che le credenziali di accesso alle aree riservate dei siti internet, al fine di poter consultare la propria posizione assicurativa, possono essere richieste a Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Luogo e Data Firma Assicurato



AVVERTENZA

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

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA RICHIESTA

PACCHETTO

COPERTURE ASSICURATIVE PREVISTE

- Decesso
- Invalità Totale Permanente
- Perdita Involontaria d'Impiego
- Inabilità Temporanea Totale
- Ricovero Ospedaliero

(Garanzie presenti)

X
X

	Dettaglio Polizza Vita	Dettaglio Polizza Danni	TOTALE
Premio unico anticipato	€	€	€
di cui imposte	€	€	€
di cui premio per garanzie detraibili	€	€	€
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)	€	€	€
di cui importo percepito dal Distributore	€	€	€
Costi di emissione del Contratto	€	€	€
Costi di rimborso del Contratto	€	€	€

Luogo e Data Firma Assicurato

PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE

L'Assicurato, ai sensi della normativa vigente, dichiara:

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

Luogo e Data Firma Assicurato

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

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

ART. 3 (REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E CONDIZIONI PER L'ADESIONE), ART. 5 (CAMBIO DI ATTIVITÀ O PROFESSIONE), ART. 7 (ADESIONE, DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE), ART. 8 (PREMIO), ART. 12 (BENEFICIARI), ART. 15 (CESSIONE DEI DIRITTI), ART. 19 (DECESSO), ART. 20 (INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE), ART. 21 (PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO), ART. 22 (INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE), ART. 23 (RICOVERO OSPEDALIERO), ART. 24 (ESCLUSIONI), ART. 25 (DENUNCIA DEL SINISTRO), ART. 26 (CLAUSOLA LIBERATORIA).

Luogo e Data Firma Assicurato

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

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

Luogo e Data Firma Assicurato

Luogo e Data Firma Distributore

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (fac-simile)

Polizza Collettiva n. 10000000186

Per le **GARANZIE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE, PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, RICOVERO OSPEDALIERO**, il sinistro deve essere tempestivamente denunciato: telefonando al n° verde 800 055 177 (dall'Italia), o al n° +39 011 74 17 266 (dall'estero) e successivamente trasmettendo via raccomandata A/R il presente modulo, al seguente indirizzo:



Spett.
Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 - TORINO

Finanziamento n°: N° intestatari/cointestatari Contratto di finanziamento:

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

-
-

Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome: C.F.:

Comune di nascita: Prov: CAP:

Comune di residenza: Prov: CAP:

Indirizzo:

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

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso;
- o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- o Piano di ammortamento originario del finanziamento.

PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- o Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- o Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- o Copia della scheda professionale;
- o Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;
- o Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- o Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- o Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- o Copia del piano di rimborso originario.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Visura camerale aggiornata dopo la data del sinistro;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica completa e conforme all'originale;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- o Copia del piano di ammortamento originario.



RICOVERO OSPEDALIERO

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero e di referti medici;
- o Copia del piano di rimborso originario.

Cognome e Nome Beneficiario/i.....

IBAN (eventualmente più di uno):.....

Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente alle Condizioni di Assicurazione, il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.



LUOGO e DATA FIRMA DELL'ASSICURATO/ DENUNCIANTE.....

FACSIMILE