

Credit Protection Insurance

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: CPI Mutui privati



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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, di tipo collettivo e abbinabile ai contratti di mutuo erogati dalla Banca distributrice, copre i rischi derivanti da gravi eventi (quali invalidità permanente, inabilità temporanea e ricovero ospedaliero) che possano compromettere la capacità di rimborso del mutuo.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Permanente**
Nel caso di infortunio o malattia, da cui derivi una invalidità permanente pari o superiore al 60%, viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato.
- ✓ **Inabilità Temporanea**
Nel caso di infortunio o malattia, da cui derivi un'inabilità temporanea, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del mutuo in scadenza durante il periodo di inabilità stessa.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero**
Nel caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia presso un Istituto di cura appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, una struttura convenzionata con lo stesso o una struttura privata, viene riconosciuto un indennizzo pari alla somma delle rate del mutuo in scadenza durante il ricovero stesso.

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

giurata, armaiolo, qualsiasi attività a contatto con armi e materiale esplosivo o pirotecnico, attività con accesso a tralicci, collaudatore di veicoli.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! dolo dell'Assicurato;
- ! malattie tropicali e endemiche;
- ! guida di mezzi subacquei, qualsiasi veicolo o natante a motore senza l'abilitazione;
- ! viaggi su aerei per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri o effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o altro membro dell'equipaggio;
- ! partecipazione a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva a fatti di guerra, missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano e conflitti a fuoco;
- ! abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ! partecipazione a gare e corse di regolarità e/o velocità e relative prove e allenamenti;
- ! uso o produzione di esplosivi;
- ! pratica di attività sportive compiute a livello professionistico o remunerate;
- ! atti volontari di autolesionismo (compreso il suicidio ed il tentato suicidio) o stato di incapacità di intendere o di volere procurato dall'Assicurato stesso;
- ! pratica di sport rischiosi, quali, per esempio: equitazione o partecipazione a concorsi ippici, sport aerei, salto con gli sci o idrosci, snowboard, sci alpinismo o fuori pista, immersioni subacquee, rafting, bungee jumping, rugby, football americano, pugilato, lotta nelle sue varie forme, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle.



Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ i soggetti non residenti in Italia;
- ✗ i soggetti con età inferiore ai 18 anni e 70 compiuti al momento dell'adesione del contratto;
- ✗ i soggetti che compiano 75 anni di età entro la scadenza del mutuo;
- ✗ i soggetti che non siano nella condizione di poter rispondere negativamente a tutti i quesiti del questionario anamnestico sottoposto prima dell'adesione alla polizza;
- ✗ i soggetti che svolgano le seguenti professioni: artificiere, paracadutista, pilota ed equipaggio di mezzi aerei, attività su piattaforme petrolifere, stuntman, palombaro, sommozzatore, acrobata, minatore, speleologo, guida alpina, guardia



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

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

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



Quando e come devo pagare?

Alla data di sottoscrizione, l'Assicurato dovrà versare il premio alla firma.

Successivamente il premio avrà cadenza annuale non frazionabile, ogni 1 gennaio è calcolato in base all'ammontare del debito residuo del contratto di mutuo.

Il versamento è effettuato mediante addebito diretto sul conto corrente indicato dall'Assicurato per il pagamento delle rate del mutuo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dal giorno di stipula del mutuo, ovvero dal giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione; nel caso di vendita a distanza, dal giorno di pagamento del premio. Farà fede il giorno di addebito del premio sul conto corrente indicato dall'Assicurato.

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 mutuo.

Le coperture hanno comunque termine:

- alla scadenza del mutuo;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per Decesso e Invalidità Permanente;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, accollo del mutuo (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la copertura assicurativa).



Come posso disdire la polizza?

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

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



BPMVITA

Assicurazione Credit Protection Insurance



BPMASSICURAZIONI

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

Impresa/imprese: Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A.**Prodotto: CPI Mutui Privati****Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi è stato realizzato in data 12/2019
ed è l'ultimo disponibile**

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

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

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

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

PEC: bipiemmevita@pec.it

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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dell'articolo 91 del CAP, il patrimonio netto di Bipiemme Vita S.p.A. è pari a € 271.341.584 di cui il capitale sociale ammonta a € 179.125.000,00 e il totale delle riserve patrimoniali a € 92.272.399. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) di cui all'articolo 47-septies del CAP, disponibile sul sito internet dell'impresa all'indirizzo www.bipiemmevita.it. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 122.920.467; il requisito patrimoniale minimo di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 55.314.210; i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a € 353.242.935; il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 287.38%.

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

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

PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012, ha sede legale e direzione generale in via G. Lazzaroni, 3 20124 Milano, Italia.

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

Indirizzo di posta elettronica certificata: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

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

Al contratto si applica la legge italiana.

**Che cosa è assicurato?**

RAMO VITA (BPM VITA S.p.A.) Decesso: nel caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia viene riconosciuto un indennizzo pari al capitale assicurato, fino ad un massimo di € 350.000. RAMO DANNI (BPM ASSICURAZIONI S.p.A.) Le garanzie prestate dalla compagnia danni sono le seguenti: Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea, Ricovero Ospedaliero. L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali contrattualmente previsti. Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?
OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO Non previste
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO Non previste

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nei DIP base.

 Ci sono limiti di copertura?	
Rami Vita Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita. Rami Danni - <u>Invalidità Permanente</u>: la garanzia prevede una franchigia del 59%; - <u>Inabilità Temporanea</u>: la garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni; - <u>Ricovero Ospedaliero</u>: la garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni.	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<u>Denuncia di sinistro</u> Rami Vita: in caso di sinistro è necessario darne tempestivamente avviso all'Impresa a mezzo lettera raccomandata A/R o pec da inviarsi a: Bipiemme Vita S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio Via G. Lazzaroni, 3 20124 – MILANO gestioneclienti.bpmvita@pec.it Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del sinistro telefonando al numero 02.77.00.24.05. Rami Danni: in caso di sinistro è necessario darne tempestivamente avviso all'Impresa componendo i seguenti numeri di telefono: Numero Verde 800.055.177 (per Italia) Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero) contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.
	<u>Prescrizione</u> Rami Vita: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso tale termine, la prestazione derivante dal contratto dovrà essere devoluta allo specifico Fondo istituito in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze. Rami Danni: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

	Liquidazione della prestazione Ricevuta tutta la documentazione necessaria e verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, le Imprese effettuano la liquidazione della somma dovuta entro 30 giorni.
	Gestione da parte di altre imprese Non previste
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Premio	- Il premio è comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - Il premio è annuo ed è corrisposto mediante addebito del conto corrente indicato dall'Assicurato per il pagamento delle rate del mutuo.
Rimborso	Si ha diritto al rimborso del premio eventualmente già corrisposto in caso di: - revoca della proposta di adesione; - recesso entro 60 giorni dalla data di decorrenza; - estinzione anticipata parziale e totale del mutuo. L'Impresa, espletate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di premio pagata e non fruita, al netto delle imposte e dei relativi costi amministrativi indicati nel Modulo di Adesione.
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Per le informazioni relative all'inizio ed al termine delle coperture assicurative, si faccia riferimento a quanto indicato nei DIP base. Si riportano qui di seguito i periodi di carenza previsti: - <u>Invalidità Permanente</u>: nel caso in cui l'invalidità sia dovuta da malattia, è previsto un periodo di 60 giorni di carenza dalla data di decorrenza del contratto; - <u>Inabilità Temporanea</u>: nel caso in cui l'inabilità sia dovuta da malattia, è previsto un periodo di carenza di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto; - <u>Ricovero Ospedaliero</u>: nel caso in cui il ricovero sia dovuto da malattia, è previsto un periodo di carenza di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto.
Sospensione	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.



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

Revoca	È possibile revocare la proposta entro 60 giorni dalla data di decorrenza, a condizione che non siano stati denunciati sinistri; le imprese procederanno a rimborsare la quota parte del premio spettante entro 30 giorni dalla richiesta.
Recesso	A condizione che non siano stati denunciati sinistri, è possibile recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di decorrenza. A partire dalla prima ricorrenza annuale, è inoltre possibile recedere dal contratto con un preavviso di almeno 60 giorni dalla fine di ciascun anno assicurativo.
Risoluzione	Il mancato pagamento del premio relativo al primo anno determina la sospensione della copertura assicurativa fino al giorno del pagamento del premio. Se il cliente non paga i premi successivi nei termini previsti dalla normativa vigente, il contratto è risolto di diritto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche titolari di un conto corrente presso la Banca distributrice, che abbiano sottoscritto un mutuo ipotecario con la stessa e che siano in possesso dei requisiti di assicurabilità.



Quali costi devo sostenere?

Per i rami vita

- **tabella dei costi gravanti sul premio:**

I premi corrisposti a copertura del rischio di decesso sono gravati da un unico costo fisso, indipendente dall'età e dal sesso dell'assicurato. Tale costo, denominato caricamento, è pari al 45% del premio.

- **tabella sui costi per riscatto:** il contratto non prevede riscatto

- **tabella sui costi per l'erogazione della rendita:** il contratto non prevede rendita

- **costi per l'esercizio delle opzioni:** il contratto non prevede opzioni.

Per tutti i rami

- **costi di intermediazione:** la quota parte dei costi percepiti in media dal Distributore è pari al 75,56%.

- **costi dei PPI:**

o **costo percentuale:** il costo trattenuto dall'Impresa per i rami danni a titolo di spesa di acquisizione e gestione è pari 53% del premio, al netto delle imposte;

o **altri costi:** sia per i rami vita che per i rami danni, non sono previsti ulteriori costi di gestione.



Sono previsti riscatti o riduzioni?



Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nei DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Il contratto non prevede la possibilità di riscatto o riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Rami Vita Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri per la copertura del rischio di morte devono essere inoltrati per iscritto a: BIPIEMME VITA S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni, 3 – 20124 Milano Fax 02.85.96.44.40 e-mail: reclami@bpmvita.it PEC: bipiemmevita@pec.it Rami Danni Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: BIPIEMME ASSICURAZIONI S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni, 3 – 20124 Milano Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it In entrambi i casi l'impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)(obbligatorio).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
--	--

REGIME FISCALE

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

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUirti LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

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

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



BPMVITA



BPMASSICURAZIONI

GROUPE
CO
vea

GROUPE
CO
vea

Polizza CPI MUTUI PRIVATI

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

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

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

| Presentazione

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

Coperture prestate

Con il presente Contratto, il Cliente acquista le seguenti coperture:

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

Sommario

Glossario	5
Condizioni di assicurazione.....	9
SEZIONE 1- Decesso	10
Art. 1.1 – Chi è assicurato	10
Art. 1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	10
Art. 1.3 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	10
SEZIONE 2 – Invalidità Permanente	11
Art. 2.1 – Chi è assicurato	11
Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	11
Art. 2.3 – Carenza	11
Art. 2.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	11
SEZIONE 3 – Inabilità Temporanea	12
Art. 3.1 – Chi è assicurato	12
Art. 3.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	12
Art. 3.3 – Carenza	12
Art. 3.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	13
SEZIONE 4 – Ricovero Ospedaliero	14
Art. 4.1 – Chi è assicurato	14
Art. 4.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	14
Art. 4.3 – Carenza	14
Art. 4.4 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	14
SEZIONE 5 – Esclusioni	15
Art. 5.1 – Esclusioni decesso (Sezione 1)	15
Art. 5.2 – Esclusioni Invalidità permanente (Sezione 2); Inabilità temporanea (Sezione 3); Ricovero ospedaliero (Sezione 4)	15
SEZIONE 6 – Contratto dalla A alla Z	17
Art. 6.1 – Requisiti di assicurabilità	17
Art. 6.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	17
Art. 6.3 – Attività non assicurabili.....	17
Art. 6.4 – Decorrenza del contratto.....	18

Art. 6.5 – Durata del contratto	18
Art. 6.6 – Pagamento del premio	18
Art. 6.7 – Cointestazione del contratto di mutuo	19
Art. 6.8 – Adesione alle coperture assicurative	19
Art. 6.9 – Diritto di recesso	19
Art. 6.10 – Beneficiari	20
Art. 6.11 – Estinzione anticipata, surroga passiva e accollo del mutuo	20
Art. 6.12 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratorio del mutuo	21
Art. 6.13 – Oneri fiscali	21
Art. 6.14 – Forma delle comunicazioni	21
Art. 6.15 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	22
Art. 6.16 – Prescrizione	22
Art. 6.17 – Cessione dei diritti	22

SEZIONE 7 - Denuncia ed obblighi in caso di sinistro.....23

Art. 7.1 – Denuncia in caso di sinistro	23
Art. 7.2 – Obblighi in caso sinistro	23
Art. 7.3 – Pagamento dell'indennizzo	26
Art. 7.4 – Liquidazione dell'indennizzo	26
Art. 7.5 – Denunce successive	27

Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali.....28

Glossario

A	Accollo	Assunzione, da parte di un terzo, del debito derivante dal Contratto di Mutuo, sulla base di un accordo tra il debitore originario (accollato) e il terzo medesimo (accollante).
	Assicurato	La persona fisica, intestataria o cointestataria del Contratto di Mutuo concesso dalla Banca distributrice, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e che ha aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione.
	Assicurazione	Insieme delle garanzie previste in polizza.
	Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito al Contraente che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.
	Attività professionale	Attività dichiarata nel modulo di polizza svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati non lavoratori.
B	Banca	Banco BPM S.p.A. che eroga un Mutuo ipotecario e che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.
	Beneficiari	I soggetti identificati in polizza ai quali spettano le prestazioni previste nel contratto.
C	Capitale assicurato	Il debito residuo in linea capitale risultante al 1 gennaio di ogni anno.
	Capitale assicurato iniziale	L'importo indicato nel Modulo di Adesione, al netto di eventuali rimborsi anticipati.
	Carenza	Periodo durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.

	Cartella clinica	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
	Compagnie	Per la garanzia Decesso, Bipiemme Vita S.p.A. Per le garanzie invalidità permanente, inabilità temporanea e ricovero ospedaliero, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. Congiuntamente, le "Compagnie".
	Contraente	La Banca che ha stipulato la polizza collettiva con le Compagnie per conto dei propri clienti che sottoscrivono un contratto di Mutuo.
	Contratto di Mutuo	Il Mutuo ipotecario di durata non superiore ai 30 anni, incluso il periodo di preammortamento, concesso dalla Banca all'Assicurato al quale si riferiscono le coperture assicurative.
D	Day Hospital/Day surgery	Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.
	Decesso	Morte dell'Assicurato.
F	Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico. Se in polizza sono previsti limiti massimi di indennizzo, si procederà alla liquidazione del danno applicando la franchigia fissa dopo aver tenuto conto dei predetti limiti di indennizzo.
I	Importo del Mutuo	Il debito, in linea capitale, del Mutuo erogato alla Banca alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva.
	Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
	Indennizzo/risarcimento	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

	Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze, - l'asfissia non dipendente da malattia; - le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria; - le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.
	Invalidità Permanente	Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.
	Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.
	IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.
M	Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
	Modulo di Adesione	Il modulo che ciascun Assicurato deve sottoscrivere per aderire alla Polizza Collettiva.
P	Piano di ammortamento "alla francese"	Il piano di rimborso del Mutuo rilasciato all'Assicurato dalla Contraente al momento della stipula del Mutuo stesso; qualora il sinistro avvenga negli anni successivi al primo, il piano di ammortamento sarà pari al piano di rimborso al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, il piano di rimborso rilasciato all'Assicurato al momento di detta estinzione parziale.

	Polizza Collettiva	Il contratto stipulato dalla Contraente nell'interesse di più Assicurati
	Preammortamento	Periodo, di durata non superiore a 24 mesi, che decorre dall'erogazione del Mutuo durante il quale, in base alle condizioni del contratto di Mutuo, l'Assicurato non è tenuto alla corresponsione al Contraente di alcun importo oppure corrisponde al Contraente la parte costituita dalla sola quota interessi.
	Premio	Somma di denaro che viene versata dall'Assicurato alla Banca e, per il tramite della Contraente, viene riversato alle Compagnie in relazione alla copertura assicurativa.
	Prestazione	Importo liquidabile dalle Compagnie in base alle Condizioni di Assicurazione.
R	Ricovero Ospedaliero	Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.
S	Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
	Società	Bipiemme Vita S.p.A. Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
	Somma assicurata	L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Società è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.
	Surroga passiva	Trasferimento del Contratto di Mutuo presso un altro distributore alle condizioni stipulate tra l'intestatario del Contratto di Mutuo e il distributore subentrante, per effetto del quale quest'ultimo subentra nelle garanzie personali e reali, accessorie al credito cui la surrogazione si riferisce, senza penali od oneri di qualsiasi natura.

Condizioni di assicurazione

POLIZZA COLLETTIVA CPI MUTUI PRIVATI n. 2255/2256 e n. 10000000184

Copertura assicurativa sulle persone fisiche per i rischi Infortunio e Malattia stipulata dalla Banca distributrice per conto dei clienti mutuatari.

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

Il Contratto è abbinabile ai Mutui ipotecari erogati dalla Banca e può essere stipulato contestualmente al Mutuo oppure in corso di ammortamento, nei limiti e nei termini di cui alle presenti Condizioni.

Gli obblighi delle Compagnie dipendono esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle presenti Condizioni, dal Modulo di Adesione, dal Questionario Anamnestico e dalle eventuali Appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.

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

Sezione 1 – Decesso

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida ai beneficiari un indennizzo pari al capitale assicurato al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, il capitale assicurato sarà pari al capitale assicurato iniziale, salvo il caso di cui all'**Art. 6.12** delle presenti Condizioni.

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

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
DECESSO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro con il massimo di 350.000 euro	Non previsti

Sezione 2 – Invalidità Permanente

Art. 2.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 2.2 Contro quali danni posso assicurarmi

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

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

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

Art. 2.3 Carenza

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

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

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

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

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
INVALIDITA' PERMANENTE	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro con il massimo di 350.000 euro	Franchigia 59%

Sezione 3 – Inabilità Temporanea

Art. 3.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 3.2 Contro quali danni posso assicurarmi

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

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

Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'Art. 6.12 delle presenti condizioni.

L'Inabilità Temporanea dovuta a infortunio, mal di schiena e patologie assimilabili dovranno essere comprovate da esami diagnostici e/o clinici.

Art. 3.3 Carenza

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

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

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

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

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
INABILITA' TEMPORANEA	Massimo 6 rate per sinistro e 12 totali per l'intera durata contrattuale , con le seguenti distinzioni: a. € 2.000 per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato; b. € 1.500 per singola rata mensile qualora l'adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.	60 giorni

Sezione 4 – Ricovero Ospedaliero

Art. 4.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata nel Modulo di Adesione.

Art. 4.2 Contro quali danni posso assicurarmi

Nel caso in cui un infortunio o una malattia determini il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari alla somma delle rate mensili (o di diverso frazionamento) in scadenza durante il periodo di ricovero stesso, il cui importo è determinato sulla base del piano di ammortamento in vigore al 1° gennaio dell'anno in cui si è verificato il sinistro. Nel caso in cui l'evento si verifichi nel periodo intercorrente tra la data di sottoscrizione della copertura ed il 31 dicembre successivo, l'indennizzo è determinato sulla base del piano di ammortamento allegato al Mutuo. Nel caso di estinzione anticipata parziale vale quanto indicato all'**Art. 6.12** delle presenti condizioni.

Art. 4.3 Carenza

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

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

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

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

Evento	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
RICOVERO OSPEDALIERO	a. € 2.000 per singola rata mensile, con un massimo di 12 rate per sinistro e 24 per l'intera durata contrattuale, qualora l'adesione alla Polizza Collettiva sia avvenuta in fase di stipula del Contratto di Mutuo o entro il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato; b. € 1.500 per singola rata mensile, con un massimo di 10 rate per sinistro e 20 per l'intera durata contrattuale qualora l'adesione alla Polizza Collettiva avvenga oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga del Mutuo/messa in ammortamento del capitale mutuato o oltre il 90° giorno dalla data di conferma dell'accollo.	7 giorni

Sezione 5 – Esclusioni

Art. 5.1 – Esclusioni Decesso (Sezione 1)

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- a) dolo del Beneficiario;
- b) suicidio dell'Assicurato;
- c) omicidio dell'Assicurato consenziente, entro 2 anni dalla data di docorrenza dell'assicurazione;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- g) partecipazione a gare e corse di velocità e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- h) incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- i) consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o all'abuso di alcool;
- j) sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme depressive e maniaco-depressive o stati paranoidi.

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

Sono esclusi dalla copertura i sinistri causati da:

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

dichiarata o non dichiarata, o di insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (esclusi Città del Vaticano e repubblica di San Marino) in paese sino ad allora in pace con esclusione comunque di ogni partecipazione attiva a tali eventi;

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

Sezione 6 – Contratto dalla A alla Z

Art. 6.1 – Requisiti di assicurabilità

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

- a) avere sottoscritto con la Banca distributrice un Contratto di Mutuo:
 - con piano di ammortamento alla francese,
 - di durata non superiore ai 30 anni, incluso il periodo di Preammortamento, salvo il caso di rinegoziazione o moratoria del Mutuo,
 - di durata non inferiore ai 10 anni nel caso di adesione in corso di ammortamento del Mutuo.
- b) essere residente nel territorio della Repubblica Italiana;
- c) avere, al momento dell'adesione del Contratto, una età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti;
- d) non compiere i 75 anni di età entro la scadenza del Mutuo;
- e) avere risposto negativamente a tutti i quesiti presenti nel documento Questionario Anamnestico che costituisce parte integrante del presente Contratto;
- f) **non svolgere una delle attività professionali non assicurabili, di cui all'Art. 6.3 – Attività non assicurabili.**

Il capitale massimo assicurabile per Assicurato non può essere superiore a € 350.000; il capitale massimo assicurabile, da intendersi come somma di tutte le coperture di rischio tra l'Assicurato e le Compagnie, è pari ad € 500.000.

Art. 6.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Qualora le Compagnie intendano recedere dal Contratto daranno comunicazione all'Assicurato tramite lettera raccomandata A/R e rimborseranno all'Assicurato il premio, al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo di assicurazione intercorso tra la data di decorrenza del Contratto ed il giorno in cui le Compagnie sono venute a conoscenza delle dichiarazioni inesatte o reticenti.

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

Art. 6.3 – Attività non assicurabili

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

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

Le coperture dell'Assicurazione termineranno automaticamente e verrà restituita all'Assicurato la parte di premio pagato e non goduto, come riportato all'Art. 6.12 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione o moratoria del mutuo.

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

Art. 6.4 – Decorrenza del contratto

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

Art. 6.5 – Durata del contratto

La durata dell'Assicurazione coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza della copertura assicurativa e quella di scadenza del Mutuo e **non può comunque essere superiore a 30 anni**, incluso il periodo di Preammortamento, salvo il caso di eventuale rinegoziazione o moratoria del Mutuo.

Le coperture assicurative hanno comunque termine:

- alla scadenza del Mutuo;
- in caso di liquidazione dell'indennizzo per decesso ed invalidità permanente dell'Assicurato;
- per esercizio del diritto di recesso;
- in caso di anticipata estinzione, surroga passiva, accollo del Mutuo.

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

Art. 6.6 – Pagamento del premio

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

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

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

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

Premio anni successivi = $t \times KA$

L'ammontare del premio dovuto dall'Assicurato nell'anno di scadenza naturale del Mutuo, sarà determinato moltiplicando il capitale assicurato al 1° gennaio di tale annualità, per il tasso di premio

e calcolato sulla base del numero di giorni intercorrenti sempre tra il 1° gennaio e la data di scadenza naturale del Mutuo dello stesso anno, come di seguito indicato:

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

dove:

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

t = tasso di premio, 0,39%;

KAI = capitale assicurato iniziale;

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

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

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

Art. 6.7 – Cointestazione del contratto di mutuo

In presenza di mutuo cointestato, è possibile assicurare tutti i cointestatari, fino ad un massimo di 8, purché siano tutti in possesso dei **requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 6.1** delle presenti condizioni.

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

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

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

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

Art. 6.8 – Adesione alle coperture assicurative

L'adesione alle coperture assicurative avviene attraverso la compilazione del Questionario Anamnestico e la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato e può avvenire:

1. in fase di stipula del Contratto di Mutuo;
2. entro i successivi 90 giorni dalla data di stipula, surroga, conferma dell'accollo del Mutuo ovvero di messa in ammortamento del capitale mutuato;
3. oltre il 90° giorno dalla data di stipula/surroga/conferma dell'accollo/messa in ammortamento del capitale mutuato.

Art. 6.9 – Diritto di recesso

A condizione che non abbia denunciato sinistri, l'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 60 giorni dalla data di decorrenza, inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R

indirizzata a: Bipiemme Vita S.p.A. e Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano, oppure consegnando la richiesta alla filiale della Banca distributrice presso cui è stato acceso il contratto di Mutuo.

Le Compagnie procederanno, per il tramite della Contraente, alla restituzione del premio versato relativo al periodo di copertura non goduto, in base a quanto riportato all'Art. **Art. 6.12 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione o moratoria del mutuo.**

Art. 6.10 – Beneficiari

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

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

Per le garanzie **Invaldità Permanente**, **Inabilità Temporanea** e **Ricovero Ospedaliero**, il Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato.

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

Art. 6.11 – Estinzione anticipata, surroga passiva e accollo del mutuo

Nel caso di estinzione anticipata del mutuo, surroga ad altro ente finanziatore o accollo, qualora non risultino sinistri aperti, le Compagnie restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Banca, la parte di premio pagato relativo al periodo per il quale il rischio è cessato.

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

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

dove:

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

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

Art. 6.12 – Rimborso anticipato parziale, rinegoziazione e moratoria del mutuo

Qualora l'Assicurato proceda a rimborsare parzialmente in via anticipata il Mutuo, le Compagnie, per l'anno in corso, restituiranno all'Assicurato, per il tramite della Contraente, la parte di premio annuo pagato relativo al periodo per il quale il rischio è diminuito per effetto dell'estinzione parziale, secondo la seguente formula:

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

dove:

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

a = percentuale di riduzione del debito residuo

n = durata della copertura assicurativa (espressa in giorni)

t = permanenza effettiva in copertura (espressa in giorni)

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

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

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

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

Art. 6.13 – Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 6.14 – Forma delle comunicazioni

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

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

oppure

Bipiemme Vita S.p.A.
Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano MI

Fax +39.02.77.00.24.05,
Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

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

Art. 6.15 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

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

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

La richiesta di mediazione deve essere inviata a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via Giuseppina Lazzaroni n. 3 - 20124 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

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

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

Art. 6.16 – Prescrizione

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

Per le garanzie Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea e Ricovero Ospedaliero, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti si prescrivono **in 2 anni da quando si è verificato il fatto** su cui il diritto si fonda.

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

Art. 6.17 – Cessione dei diritti

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

Sezione 7 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 7.1 – Denuncia in caso di sinistro

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

Linea Urbana +39.02.77.00.24.05

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

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

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

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmvita@pec.it

- **Relativamente alle garanzie della sezione 2; 3; 4 - Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea e Ricovero Ospedaliero**, i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dall'Assicurato (o i suoi aventi causa) e/o dalla Banca alla Società, **entro 10 giorni** dalla data del sinistro stesso, componendo i seguenti numeri di telefono:

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

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

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, il Contraente/l'Assicurato (o i suoi aventi causa) **dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R o posta certificata, il Modulo di Denuncia sinistro**, ai seguenti indirizzi:

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

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

Art. 7.2 – Obblighi in caso di sinistro

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

Relativamente alla garanzia DECESSO

Il Beneficiario dovrà presentare:

- **Comunicazione di decesso** dell'Assicurato contenente la richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari, anche disgiuntamente fra loro;

- **Certificato di morte** dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- **Documentazione sanitaria** sulle cause e circostanze del decesso, ossia:
 - Relazione del medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi remota;
 - In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
 - Copia della cartella clinica relativa all'ultimo ricovero (eventualmente) intervenuto tra la data del decesso e il 5° anno antecedente la sottoscrizione del contratto;
 - Ove la Compagnia riscontri che l'Assicurato abbia subito ricoveri nei 5 anni precedenti al decesso, la Compagnia potrà richiedere al Beneficiario la documentazione relativa a ricoveri dell'Assicurato effettuati nei 5 anni antecedenti alla sottoscrizione del contratto e fino alla data del decesso.

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

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

- **Documentazione sulla designazione Beneficiaria**, ossia:

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

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

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

- nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento

e quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con l'Assicurato, la loro data di nascita e capacità di agire;

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

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

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

Relativamente alla Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE

L'Assicurato dovrà presentare:

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

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

Relativamente alle garanzie INABILITA' TEMPORANEA

L'Assicurato dovrà presentare:

- **Modulo di adesione;**
- **Copia del referto del Pronto Soccorso o del Medico curante;**
- **La documentazione medica**, con particolare riguardo **alla cartella clinica** nel caso vi sia stato ricovero;
- **Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.**

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

Relativamente alla garanzia RICOVERO OSPEDALIERO

L'Assicurato dovrà presentare:

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

I certificati medici comprovanti la prosecuzione del periodo di ricovero dovranno essere rinnovati

alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

Art. 7.3 – Pagamento dell'indennizzo

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

Art. 7.4 – Liquidazione dell'indennizzo

DECESSO DA INFORTUNIO

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

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

INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

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

Invalidità permanente da infortunio

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

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

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

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

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

Invalidità permanente da malattia

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

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

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

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

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

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

INABILITA' TEMPORANEA

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

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

RICOVERO OSPEDALIERO

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

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

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

Art. 7.5 – Denunce successive

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

La Compagnia restituisce gli originali dei documenti giustificativi delle spese, unitamente all'indicazione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, delle distinte, delle ricevute e delle fatture per ottenerne il rimborso, la

Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, previa presentazione di copia del documento giustificativo a dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

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

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

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

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

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

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

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

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

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

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

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

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via G. Lazzaroni 3, 20124 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

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