

Assicurazione sanitaria

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo danni (DIP danni)

Compagnia: Bipiemme Vita S.p.A .

Prodotto: BPM Doc extra



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

Che tipo di assicurazione è?

BPM Doc nella forma BPM Doc extra prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato o dagli Assicurati in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, per malattia, infortunio, parto oltre a spese extra ricovero per esami di alta diagnostica.



Che cosa è assicurato?

✓ In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, l'Impresa rimborsa le spese per ogni Assicurato, nei limiti previsti, per:

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- rette di degenza;
- onorari dell'equipe medico/infermieristica;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- accertamenti diagnostici, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi sostenuti durante il ricovero;
- spese sostenute dall'accompagnatore, nei massimali previsti, per vitto e pernottamento;
- assistenze post-operatorie nei 90 giorni successivi al ricovero per: esami, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure termali;
- spese sostenute per il trasporto all'Istituto di cura e viceversa, entro i limiti previsti;
- in caso di trapianto di organi: spese per prelievo sul donatore;
- in caso di donazione da vivente: rimborso spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore;
- parto fisiologico o cesareo, aborto terapeutico e cure al neonato nei primi 30 giorni di vita.

✓ In caso di ricovero presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, e non vengano sostenute spese al di fuori del ticket, l'Impresa eroga una Diaria Sostitutiva in funzione della durata del periodo di ricovero. Qualora l'Assicurato sostenga spese diverse dal ticket, l'Impresa rimborsa le spese sostenute, anziché la Diaria Sostitutiva.

✓ In caso di ricovero presso una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Società che gestisce i sinistri, l'Impresa effettua direttamente il pagamento alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

✓ Nel caso di prestazioni di Alta Diagnostica e di terapie oncologiche effettuate extra-ricovero, l'Impresa rimborsa le spese sostenute, nei limiti previsti, con l'applicazione di uno Scoperto.

L'assicurazione è prestata per ogni Assicurato entro limiti massimi di indennizzo (Massimali).

In caso di Tariffa speciale per nucleo familiare. I massimali previsti devono intendersi per nucleo familiare.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di infortunio o malattia
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che al momento della stipula hanno un'età superiore ai 65 anni e sei mesi;
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti affetti alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate.



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non opera per:

- ! controlli di routine e/o check up;
- ! malattie preesistenti alla data di effetto del contratto salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza o, dichiaratane l'esistenza, la compagnia abbia accettato di coprire il rischio;
- ! malattie, stati patologici e anomalie congenite, difetti fisici o conseguenze di infortuni occorsi prima della data di effetto del contratto;
- ! malattie e infortuni e loro conseguenze dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati, abuso di alcolici e psicofarmaci, droghe, allucinogeni e stupefacenti;
- ! conseguenze dirette od indirette di: trasformazioni energetiche dell'atomo, accelerazioni di particelle atomiche salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del contratto;
- ! conseguenze di terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali, conseguenze di guerra/operazioni militari, insurrezioni;
- ! stati patologici correlati all'infezione di HIV;
- ! applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- ! terapie omeopatiche e fitopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute o comunque di natura sperimentale;
- ! terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- ! cure dentarie od ortodontiche e delle parodontopatie e forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio coperto ai sensi del contratto;
- ! aborto volontario e conseguenze che ne possono derivare;
- ! degenze presso strutture non autorizzate od onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
- ! infortuni subiti in seguito alla partecipazione dell'Assicurato a qualsiasi gara di velocità, alla pratica di sport subacquei ed aerei;
- ! trattamenti psicoterapici a meno che a seguito di infortunio;
- ! conseguenza di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- ! soggiorno presso ospizi od altre strutture simili; ricoveri dovuti alla necessità di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana; ricoveri non necessari da un punto di vista medico;
- ! chirurgia refrattiva/trattamenti con laser a meno che vengano effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie.

L'assicurazione prevede limitazioni temporali delle garanzie.

Dalla data di decorrenza del Contratto:

- ! fino al 30° giorno per l'aborto terapeutico;
- ! fino al 60° giorno per malattie e conseguenze di stati patologici non ancora manifestati e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione della Proposta;
- ! fino al 180° giorno per conseguenze di stati patologici noti e accettati dall'Impresa;
- ! fino al 300° per Parto.

L'assicurazione prevede degli Scoperti:

- ! in caso di ricovero presso una struttura sanitaria non convenzionata o di prestazioni sanitarie extra-ricovero si applica uno Scoperto.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione non prevede limitazioni territoriali. Il rischio è coperto in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Pagare il Premio annuale;
- Quando sottoscrivi la Proposta di adesione e il Questionario Anamnestico, hai il dovere di rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare;
- In caso di Sinistro devi farne denuncia per iscritto alla Società che gestisce i sinistri entro i termini previsti dalla legge.
- Devi comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e, in caso di sinistro, devi darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
- Devi presentare la cartella clinica relativa al sinistro, gli originali delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate.



Quando e come devo pagare?

- Il Premio può essere corrisposto annualmente in unica soluzione o in 12 rate mensili,
- Ogni versamento viene effettuato mediante addebito sul conto corrente intrattenuto dal Contraente presso la Banca Distributrice.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il Contratto ha la durata di un anno e, successivamente, si rinnova tacitamente di anno in anno, salvo disdetta;
- Fermi i periodi di carenza, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 della data di sottoscrizione della Proposta se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati ovvero, se pagati successivamente, dalle ore 24 del giorno di pagamento.



Come posso disdire la polizza?

- Puoi revocare la sottoscrizione della Proposta di adesione prima della conclusione del contratto, comunicando la tua decisione all'Impresa;
- Puoi impedire il rinnovo del Contratto, inviando all'Impresa una formale comunicazione di disdetta, almeno 30 giorni prima di ogni rinnovo annuale.

Assicurazione sanitaria



BPMVITA

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

Impresa: Bipiemme Vita S.p.A.

Prodotto: BPM Doc extra

**Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 31/12/2019
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 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, n. 3 - 20124 - Milano; tel.(+39) 02/77002405; sito internet: www.bipiemmevita.it; e-mail: info.generale@bpmvita.it; pec: bipiemmevita@pec.it, 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%.

Al Contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Il Contratto prevede:

- il rimborso delle spese sostenute a fronte di ricovero con o senza intervento chirurgico, nel caso di infortunio, malattia o parto;
- l'erogazione di una Diaria Sostitutiva, nel caso l'Assicurato sia ricoverato presso una struttura del S.S.N. non sostenendo alcuna spesa al di fuori del ticket;
- il pagamento delle prestazioni direttamente alla struttura ospedaliera, nel caso in cui l'Assicurato sia ricoverato presso una Struttura Sanitaria Convenzionata con la Società che gestisce i sinistri;
- il rimborso delle spese sostenute per esami di Alta Diagnostica non sostenuti durante il periodo di ricovero;
- il rimborso delle spese sostenute per terapie oncologiche non sostenute durante il periodo di ricovero.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai Massimali previsti dal Contratto.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

Tariffa speciale per nucleo familiare

Nel caso di nucleo familiare formato da genitori e figli in cui non più di due persone abbiano età superiore a 29 anni, il Premio è ridotto in proporzione al numero delle persone stesse.

Di seguito, il numero delle persone e relative riduzioni di Premio:

2 = 5%; 3 = 15%; 4 = 20%; tra 5 e 8 = 25%.

La Tariffa speciale per nucleo familiare comporta l'applicazione dei Massimali per il nucleo familiare e NON per singolo Assicurato.

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 nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Il Contratto prevede scoperti per alcune delle prestazioni assicurative previste, in particolare il Contratto prevede i seguenti scoperti:

- uno scoperto pari al 20% di importo minimo di € 500,00 in caso di ricovero, a seguito di malattia, in struttura sanitaria non convenzionata con la Società che gestisce i sinistri o presso una struttura ospedaliera del S.S.N.;
- uno scoperto pari al 20% di importo minimo di € 50,00 per il rimborso delle spese di alta diagnostica extra ricovero;
- uno scoperto pari al 20% di importo minimo di € 50,00 per il rimborso delle spese per terapie oncologiche e/o neoplastiche extra ricovero.

Gli scoperti relativi alle spese sostenute per esami di Alta Diagnostica e per terapie oncologiche non si applicano se le prestazioni sono eseguite presso una struttura de S.S.N. e la spesa sostenuta sia pari al solo ticket.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

In caso di sinistro è necessario darne avviso alla società International Care Company s.p.a. entro i termini previsti dalla Legge componendo il seguente numero di telefono: Numero Verde 800.635.952 (per Italia)

Assistenza diretta/in convenzione: in caso di ricovero, è possibile usufruire di strutture convenzionate.

Gestione da parte di altre imprese:

La gestione dei sinistri è affidata a International Care Company s.p.a.:
Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 24
20864 – Agrate Brianza (MB)

Prescrizione: i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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.

Obblighi dell'impresa

Ricevuta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento entro 25 giorni lavorativi.



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 annuale e può essere frazionato mensilmente.
- I Premi mensili sono dovuti per l'intero periodo di copertura.

Rimborso

Il Contraente ha diritto al rimborso del Premio in caso di risoluzione per cessazione del rischio in corso di Contratto e in caso di diminuzione del rischio assicurato. L'Impresa, effettuate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di Premio pagata e non fruita, al netto delle imposte.

In caso di mancata accettazione della Proposta, dopo l'analisi del Questionario Anamnestico, l'Impresa rimborsa il Premio eventualmente pagato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contratto non prevede la possibilità di recedere entro un certo termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche correntiste della Banca Distributrice che intendono assicurare se stessi e/o le persone stabilmente conviventi di età massima pari a 65 anni e 6 mesi alla sottoscrizione.



Quali costi devo sostenere?

- Costi intermediazione

La quota parte media percepita dal Distributore per il prodotto BPM DOC Extra è pari al 10%. La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: BIPIEMME VITA S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni n. 3, 20124 MILANO Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bpmvita.it PEC: bipiemmevita@pec.it L'Impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a: IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 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). Il procedimento di mediazione è obbligatorio.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Il Contratto prevede l'attivazione di un Arbitrato medico in caso di controversie di natura medica sulla misura delle indennità. In questo caso, la decisione è demandata ad un Collegio Medico, composto da tre medici. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).

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

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



BPMVITA

GRUPE
CO
vea

BPM Doc extra

Contratto di assicurazione malattia

(Modello E5351/A20)

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

Data ultimo aggiornamento: 31/12/2019

PAGINA DI PRESENTAZIONE DEL CONTRATTO

BPM Doc extra

BPM Doc extra è un contratto di assicurazione sanitaria, che prevede il **rimborso delle spese mediche** sostenute dall'Assicurato o dagli Assicurati in caso di ricovero seguito a infortunio, malattia o parto, con o senza intervento chirurgico.

Il contratto prevede anche il rimborso delle spese mediche sostenute, extra ricovero, dall'Assicurato o dagli Assicurati per esami di alta diagnostica e per terapie oncologiche.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

- **Sezione I – Il prodotto BPM Doc extra**
- **Sezione II – Cosa è assicurato e chi posso assicurare**
- **Sezione III – Quando e come devo pagare**
- **Sezione IV – Quando comincia la copertura e quando finisce**
- **Sezione V – Che cosa non posso assicurare**
- **Sezione VI – Norme che regolano i sinistri**
- **Sezione VII – Altre norme**
- **Sezione VIII – Tabella riassuntiva delle prestazioni assicurative**
- **Sezione IX – Elenco degli esami clinici di alta diagnostica**

Per facilitare la lettura e la comprensione del Contratto, l'Impresa ha utilizzato un linguaggio il più possibile semplice e trasparente, corredando le Condizioni di Assicurazione di esempi e box esplicativi.

In particolare:

✓ **In questi box troverai esempi utili a comprendere il funzionamento del Contratto e delle prestazioni assicurative.**

! Dovrai porre particolare attenzione al contenuto di questi box.
Qui potrai trovare spiegazioni utili a comprendere il significato dei termini contrattuali e i limiti dei rischi assunti dall'Impresa.

Nelle Condizioni di Assicurazione troverai inoltre:

Termini contrattuali con Lettere Iniziali Maiuscole	Il cui significato è spiegato nel GLOSSARIO
Il termine Attenzione!	In relazione alle parti del Contratto che dovrai leggere con particolare cura e attenzione.
Riferimenti normativi (-> art. 2952 c.c.)	Relativi a norme di legge di particolare importanza per la comprensione del prodotto e del suo funzionamento.

Sommario

Glossario

1 di 15

Condizioni di assicurazione

Sezione I - Il prodotto BPM Doc extra

Art. 1	Caratteristiche del contratto	3 di 15
Art. 2	Validità territoriale del contratto	3 di 15

Sezione II - Cosa è assicurato e chi posso assicurare

Art. 3	Oggetto del contratto	3 di 15
Art. 4	Persone assicurabili	6 di 15

Sezione III - Quando e come devo pagare

Art. 5	Pagamento del Premio	6 di 15
Art. 6	Variazione del Premio	7 di 15
Art. 7	Durata del Contratto	8 di 15
Art. 8	Mancato pagamento del Premio	8 di 15

Sezione IV - Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 9	Durata ed effetto del contratto	8 di 15
Art. 10	Periodi di Carenza	8 di 15

Sezione V - Chi e che cosa non posso assicurare

Art. 11	Persone non assicurabili	9 di 15
Art. 12	Rischi esclusi dall'assicurazione	9 di 15

Sezione VI - Norme che regolano i sinistri

Art. 13	Denuncia del ricovero e obblighi dell'Assicurato	10 di 15
Art. 14	Criteri di liquidazione e modalità di rimborso	11 di 15

Sezione VII - Altre norme

Art. 15	Tacita proroga del contratto	11 di 15
Art. 16	Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio	12 di 15

Art. 17	Altre assicurazioni	12 di 15
Art. 18	Reclami e risoluzione delle controversie	12 di 15
Art. 19	Controversie – Arbitrato irrituale	13 di 15
Art. 20	Legge applicabile al Contratto e rinvio alle norme di legge	13 di 15

Sezione VIII - Tabella riassuntiva prestazioni assicurative

Art. 21	Tabella riassuntiva delle prestazioni, dei massimali e degli scoperti	14 di 15
---------	---	----------

Sezione IX – Elenco degli esami clinici di alta diagnostica

15 di 15

Glossario

A	Alta Diagnostica	Uno degli esami clinici riportati nella Sezione IX – Elenco degli esami clinici di alta diagnostica.
	Appendice	Documento che forma parte del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.
	Anno	Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto, o una sua ricorrenza annuale, e la ricorrenza annuale successiva.
	Assicurato	La persona (Contraente o un familiare risultante dal suo stato di famiglia) il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
B	Banca Distributrice	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.
C	Conflitto di interessi	Insieme di tutte le circostanze, derivanti anche da rapporti di gruppo, in cui l'Impresa persegue un interesse confliggente, o comunque diverso rispetto a quello del Contraente.
	Contraente	La persona fisica – titolare o contitolare di un rapporto bancario presso la Banca Distributrice della polizza – che stipula l'assicurazione e ne assume i relativi obblighi contrattuali.
	Contratto	Il prodotto assicurativo BPM Doc extra.
D	Data di Decorrenza	Giorno da cui il Contratto inizia a produrre i propri effetti e decorrono le coperture, a condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta e pagato il Premio pattuito. Se il Premio è pagato successivamente, il Contratto decorre dalle ore 24:00 della data di pagamento del Premio.
	Day Hospital	La degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, 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 continuo.
	Diaria Sostitutiva	Indennità giornaliera riconosciuta all'Assicurato in caso di ricovero.
E	Età Assicurativa	L'età assicurativa utile al fine di calcolare l'importo del premio si determina in anni interi. Le frazioni di anno inferiore a sei mesi vengono trascurate, quelle superiori vengono considerate come anno compiuto. Nella fattispecie si prevede quindi che l'Assicurato mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
F	Franchigia	Parte di spesa, stabilita contrattualmente, che resta a carico dell'Assicurato.
I	Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

	Impresa	Bipiemme Vita S.p.A. – via G. Lazzaroni 3 – 20124 Milano.
M	Malattia	Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.
	Massimale	Il massimale è un importo indicato nel contratto di assicurazione che rappresenta la cifra massima indennizzabile da parte dell'assicuratore.
O	Onorari medici	Compenso dovuto al personale medico e infermieristico per le prestazioni erogate, diritti di sala operatoria, materiale di intervento (comprese protesi ortopediche applicate durante l'intervento) e quant'altro necessario (plasma, sangue, garze).
P	Periodo di Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la società assicuratrice non corrisponde la prestazione assicurata.
	Premio	La somma dovuta dal Contraente all'Impresa per ottenere la garanzia assicurativa.
	Proposta	Documento, sottoscritto dal Contraente, per richiedere all'Impresa la stipula del Contratto
Q	Questionario anamnestico o Questionario sanitario	Documento da compilare a cura dell'Assicurato mediante il quale si comunica all'Impresa la propria condizione di salute attuale dichiarando anche eventuali infortuni o patologie pregresse. Il Questionario è analizzato dall'Impresa allo scopo di valutare il rischio.
R	Rette di Degenza	Spese sanitarie relative al periodo durante il quale l'Assicurato è ricoverato. Sono escluse le spese concernenti il comfort ed i bisogni non essenziali - radio, televisione, telefono, bevande alcoliche e similari.
	Rimborso	La somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di sinistro.
	Rischio	La possibilità che si verifichi il sinistro.
S	Scoperto	Percentuale di spesa, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'Assicurato.
	Sinistro	Il verificarsi degli eventi indennizzabili previsti dal Contratto.
	Società che gestisce i sinistri	Società specializzata nel settore sanitario, che provvede a stipulare convenzioni in Italia e all'estero con strutture sanitarie e medici chirurghi in esse operanti e che gestisce i sinistri per conto di Bipiemme Vita S.p.A.
	S.S.N.	Acronimo il cui significato è Servizio Sanitario Nazionale
	Struttura Sanitaria Convenzionata	Istituto di cura convenzionato con la Società che gestisce i sinistri presso il quale l'Impresa può erogare assistenza diretta.

Condizioni di Assicurazione

Sezione I – Il prodotto BPM Doc extra

Articolo 1 – Caratteristiche del contratto

BPM Doc extra è un contratto di assicurazione malattia.

Il Contratto prevede il rimborso forfettario delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato a fronte di ricovero, con o senza intervento chirurgico, per infortunio, malattia o parto.

Il Contratto prevede inoltre il rimborso forfettario delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per esami di alta diagnostica e per terapie oncologiche, effettuate al di fuori del ricovero. Tale prestazione prevede l'applicazione di scoperti.

! Che tipologia di contratto assicurativo è BPM Doc extra e quali prestazioni assicurative sono previste?

Il contratto di BPM Doc extra è un contratto di assicurazione danni contro i rischi malattia (-> art. 2, comma 3, n. 2 del D. Lgs. 209/2005) e prevede il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato o dagli Assicurati in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico.

Il Contratto è rivolto ai **SOLI** titolari conti correnti intrattenuti presso la Banca Distributrice.

Articolo 2 – Validità territoriale del contratto

Il Contratto opera **senza limiti territoriali** ed è valido in tutto il mondo.

Sezione II – Cosa è assicurato e chi posso assicurare

Articolo 3 – Oggetto del contratto

Il Contratto prevede l'erogazione delle seguenti prestazioni assicurative:

1. **rimborso spese mediche**
2. **prestazione sostitutiva**
3. **assistenza diretta**
4. **rimborso spese di Alta Diagnostica**
5. **rimborso spese per terapie oncologiche**

! Le prestazioni assicurative sono soggette a limitazioni, Massimali e Scoperti. Per comprendere l'importo massimo di rimborso che l'Impresa può erogare per ogni prestazione, dovrai consultare con attenzione la Sezione VIII – Tabella riassuntiva prestazioni assicurative.

3.1 Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato o dagli Assicurati a seguito del ricovero **con o senza intervento chirurgico**.

In particolare, l'Impresa rimborsa le spese sostenute presso qualsiasi struttura medica per:

- a) **accertamenti diagnostici** nei **novanta (90) giorni precedenti** il ricovero, compresi gli Onorari medici;
- b) **Rette di degenza**;
- c) **Onorari medici e accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi** durante il ricovero;
- d) **vitto e pernottamento** di un accompagnatore dell'Assicurato o degli Assicurati all'ospedale o in struttura alberghiera (se NON disponibile il pernottamento in struttura ospedaliera).
Rientrano in copertura le spese di vitto e pernottamento pari a:
 - € 50,00 per massimo **trenta (30) giorni**, in Italia;
 - € 50,00 per massimo **venti (20) giorni**, all'estero.
- e) **assistenza post-operatoria** nei **novanta (90) giorni** successivi al ricovero per esami, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure termali (sono **ESCLUSE** le spese alberghiere);
- f) **accertamenti diagnostici**, compresi gli onorari medici, nei **sessanta (60) giorni** successivi al ricovero, in assenza di intervento chirurgico;
- g) ricovero in **Day Hospital**, con o senza intervento chirurgico. In caso di **mancato intervento**, sono compresi gli onorari medici e terapie mediche. Sono **ESCLUSI** le visite, gli accertamenti di controllo e check-up;
- h) **intervento ambulatoriale**;
- i) **trasporto** con qualsiasi mezzo da e verso la struttura entro € 1.500,00 ad assicurato per anno;
- j) **parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico** entro i € 2.500,00, comprensivo delle spese di cui alle lettere **a), e) e f)** e delle cure e trattamenti terapeutici al neonato nei primi **trenta (30) giorni** di vita (ESCLUSIVAMENTE se la madre è una Assicurata);
- k) **prelievo** sul donatore (in caso di trapianto di organi) sia su donatore deceduto sia su donatore vivente.

! In caso di trapianto da donatore vivente, l'Impresa rimborserà le spese sostenute dal donatore durante il ricovero.

Nello specifico, in tali spese rientrano gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica, le rette di degenza, le cure medicinali e l'intervento di espanto dell'organo.

Attenzione! In caso di ricovero presso una Struttura NON Convenzionata o presso una struttura ospedaliera del S.S.N., al rimborso delle spese sostenute viene applicato uno **Scoperto** pari al 20% del rimborso richiesto, di **importo minimo** pari a € 500,00.

3.2 Prestazione sostitutiva

In caso di ricovero presso una struttura del **Servizio Sanitario Nazionale** per cui l'Assicurato non sostiene alcun tipo di spesa al di fuori del ticket, l'Impresa corrisponde all'Assicurato una **Diaria Sostitutiva**.

L'importo della **Diaria Sostitutiva** è pari a:

- **€ 200,00 al giorno** per i primi **dieci (10) giorni** di ricovero;
- **€ 100,00 al giorno** per i giorni successivi al decimo.

La **Diaria Sostitutiva** è prestata per un massimo di **trecento (300) giorni** all'Anno per ciascun Assicurato.

Attenzione! Il giorno di ricovero e il giorno in cui l'Assicurato viene dimesso sono considerati come UN SOLO giorno.

✓ Esempio di calcolo dell'importo della diaria sostitutiva

Giorno di ricovero: 1 Marzo 2020

Giorno di dimissione: 14 Marzo 2020

Giorni su cui si calcola la diaria sostitutiva: 13 giorni

Importo diaria sostitutiva giornaliera (per i primi 10 giorni): € 200,00

Importo diaria sostitutiva giornaliera (per i giorni successivi al 10° giorno): € 100,00

$$(\text{€ } 200,00 \times 10) + (\text{€ } 100,00 \times 3) = \text{€ } 2.000,00 + \text{€ } 300,00$$

=

€ 2.300,00 (-> Prestazione sostitutiva)

Attenzione! In caso di ricovero presso una struttura del **Servizio Sanitario Nazionale** per cui l'Assicurato sostiene spese diverse dal ticket, l'Impresa NON riconosce la **Diaria Sostitutiva**.

In questo caso, l'Impresa riconosce il rimborso delle spese sostenute nei **novanta (90) giorni** precedenti e nei **novanta (90) giorni** successivi al ricovero, nelle modalità illustrate dal precedente **Art. 3.1**.

3.3 Assistenza diretta

In caso di ricovero presso Struttura Sanitaria Convenzionata, l'Impresa effettua un pagamento diretto alla stessa.

! Consulta con attenzione l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate pubblicato sul sito internet dell'Impresa.

3.4 Rimborso per le spese di Alta diagnostica

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie di **Alta Diagnostica**, realizzate **extra ricovero**.

! Per comprendere quali siano gli esami clinici compresi nella definizione di alta diagnostica, dovrai leggere con particolare attenzione la Sezione IX – Elenco degli esami clinici di alta diagnostica.

Il rimborso prevede:

- un **massimale** pari a €5.000,00 per Assicurato e per Anno;
- uno **scoperto** pari al 20% di importo minimo di €50,00.

Attenzione! L'Impresa effettua il rimborso **senza** l'applicazione dello scoperto qualora:

- la prestazione di Alta Diagnostica sia realizzata presso una struttura sanitaria del S.S.N.;
- la spesa sostenuta dall'Assicurato ammonti al SOLO ticket.

3.5 Rimborso spese per terapie oncologiche

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato o dagli Assicurati per terapie **extra ricovero** relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche.

Il rimborso prevede un:

- **Massimale** pari a €15.000,00 per Assicurato e per anno;

- **Scoperto** pari al 20% di importo minimo di €50,00.

Attenzione! L'Impresa effettua il rimborso senza l'applicazione dello scoperto qualora:

- la prestazione di Alta Diagnostica sia realizzata presso una struttura sanitaria del S.S.N.;
- la spesa sostenuta dall'Assicurato ammonti al SOLO ticket.

Art. 4 – Persone assicurabili

Il Contratto prevede un massimo di **otto (8)** Assicurati.

Gli Assicurati devono essere **indicati in forma nominativa** nella Proposta.

Sono assicurabili:

- il Contraente;
- i familiari conviventi del Contraente solo se risultanti dal suo stato di famiglia;
- persone di età **NON superiore** a 65 anni e 6 mesi.

Il Contraente può modificare il numero degli Assicurati.

La modifica del numero di Assicurati:

- ha effetto dalla prima ricorrenza annuale successiva alla richiesta;
- comporta un adeguamento (incremento o diminuzione) del Premio da corrispondere all'Impresa.

Sezione III – Quando e come devo pagare

Art. 5 – Pagamento del Premio

Il Contraente versa il Premio annualmente mediante addebito diretto sul Conto Corrente che intrattiene presso la Banca Distributrice.

Gli importi del Premio sono determinati in funzione dell'età di ogni Assicurato nelle modalità e nell'ammontare definiti dalla seguente tabella:

Classi di età assicurativa	Premio MENSILE Lordo	Premio ANNUO Lordo
Anni 0 - 19	€ 25,00	€ 285,00
Anni 20 - 45	€ 36,50	€ 415,00
Anni 46 - 70	€ 68,00	€ 775,00

Il Premio è comprensivo delle imposte.

Il Premio è **annuale**, ma può essere frazionato **mensilmente**.

In ogni caso, i Premi mensili sono dovuti per l'**intero periodo** di copertura.

Attenzione! Il Contratto prevede l'applicazione di una **tariffa speciale per nucleo familiare**, che consiste in uno sconto da applicarsi sull'importo del Premio.

È possibile avvalersi della tariffa speciale qualora il nucleo familiare sia composto:

- da genitori e figli conviventi;
- da NON più di due membri di età superiore ai **ventinove (29) anni**.

L'ammontare dello sconto sul Premio è direttamente proporzionale al numero dei componenti del nucleo familiare ed è determinato nelle modalità definite dalla seguente tabella:

TARIFFA SPECIALE PER NUCLEO FAMILIARE	
Numero Componenti	Sconto del Premio
2	5%
3	15%
4	20%
5 - 8	25%

Attenzione! In caso di applicazione della **Tariffa speciale per nucleo familiare**, i massimali previsti dal Contratto si riferiscono all'intero nucleo familiare.

✓ Esempio di rimborso con applicazione della Tariffa speciale per nucleo familiare

Numero di componenti del Nucleo familiare: **3**

Rimborso spese di alta diagnostica (Sì S.S.N.) per Assicurato 1: € **3.000,00**

Rimborso spese di alta diagnostica (Sì S.S.N.) per Assicurato 2: € **1.500,00**

Rimborso spese di alta diagnostica (Sì S.S.N.) per Assicurato 3: € **4.000,00**

Importo dell'indennizzo **CON** Tariffa Speciale per tutti gli Assicurati:

$$€ 3.000,00 + € 1.500,00 + € 4.000,00 = € 8.500,00$$

Si applica il massimale per nucleo familiare -> indennizzo per tutti e tre gli Assicurati pari a € 5.000,00

Importo dell'indennizzo **SENZA** Tariffa Speciale per tutti gli Assicurati:

Si applica il massimale per singolo Assicurato pari a € 5.000,00, le spese sostenute sono tutte rimborsabili, pertanto gli importi di indennizzo sono pari per:

Assicurato 1 a € 3.000,00

Assicurato 2 a € 1.500,00

Assicurato 3 a € 4.000,00

Art. 6 – Variazione del Premio

L'importo del Premio varia in corrispondenza della variazione dell'età dell'Assicurato, secondo la tabella prevista all'**Art. 5** che precede.

Il Contrante si impegna pertanto a versare il Premio corrispondente alla nuova fascia di età raggiunta da ogni Assicurato.

! Per comprendere come varia l'importo del Premio in funzione dell'età dell'Assicurato e degli Assicurati, dovrai leggere con particolare attenzione la tabella contenuta nell'**Art. 5**.

Attenzione! In caso di **Tariffa speciale per nucleo familiare**, la stessa vale INDIPENDENTEMENTE dall'età dei componenti del nucleo familiare assicurati.

Art. 7 – Durata del Contratto

Il Contratto ha durata **annuale** con tacito rinnovo.

Attenzione! Per la durata e la decorrenza delle garanzie previste dal Contratto, dovrai leggere con attenzione la **Sezione IV – Quando comincia la copertura e quando finisce**.

Attenzione! Per comprendere come opera la proroga tacita del Contratto, dovrai leggere con attenzione l'**Art. 15**.

Art. 8 – Mancato pagamento del Premio

Se il Contraente NON paga il Premio Annuale, il Contratto resta sospeso dalle ore 24 del **quindicesimo (15°) giorno successivo** al mancato pagamento.

Trascorso tale periodo, il Contratto cessa i suoi effetti (-> art. 1901 c.c.).

Attenzione! In caso di estinzione del conto corrente bancario intrattenuto dal Contraente presso la Banca Distributrice, il Contratto cessa i suoi effetti al termine dell'annualità in corso.

Attenzione! In caso di **pagamento frazionato** del Premio, se il Contraente estingue il conto corrente intrattenuto presso la Banca Distributrice, il Contraente può chiedere di far proseguire la copertura fino alla scadenza dell'annualità in corso al momento della chiusura.

In tal caso, il Contraente deve pagare immediatamente la parte di Premio residua.

Il pagamento deve essere effettuato mediante versamento sul conto corrente bancario indicato dall'Impresa.

Alla scadenza dell'annualità in corso, il Contratto cessa i suoi effetti.

Sezione IV – Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 9 – Durata ed effetto del Contratto

Il Contratto ha **durata annuale** e si rinnova tacitamente di anno in anno.

Il Contratto ha effetto dalla Data di Decorrenza.

Attenzione! L'efficacia del Contratto decorre successivamente nel caso di applicazione dei **Periodi di Carenza**.

! Per comprendere come decorrano le garanzie previste dal Contratto in caso di Periodi di Carenza, dovrai leggere con particolare attenzione l'**Art. 10**.

Attenzione! L'efficacia del Contratto è **subordinata** all'analisi **Questionario Anamnestico**.

A seguito dell'analisi del Questionario Anamnestico, l'Impresa può:

- a) accettare la Proposta;
- b) accettare la Proposta SOLO per alcuni Assicurati;
- c) NON accettare la Proposta.

Nel caso c), il Contratto cessa i suoi effetti dal momento della comunicazione.

In questo caso, entro **trenta (30) giorni** dalla data di comunicazione di mancata accettazione della Proposta, l'Impresa rimborsa al Contraente il Premio già pagato.

Attenzione! In caso di disdetta, il Contratto è efficace fino alla scadenza dell'annualità in corso e prevede il rimborso spese per i ricoveri (e le eventuali prestazioni post-ricovero) iniziati prima dell'invio di tale comunicazione, anche se il ricovero si conclude dopo la cessazione del Contratto.

Il Contratto **NON** prevede la facoltà di recedere a seguito di sinistro.

Art. 10 – Periodi di Carenza

Per alcune tipologie di sinistro, il Contratto ha effetto in momenti successivi rispetto alla Data di Decorrenza.

In particolare, il Contratto ha effetto per:

a) l'aborto terapeutico

- dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza;

b) le **malattie** e per le **conseguenze di stati patologici** NON ancora manifestati e NON noti all'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta:

- dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza;

c) le **conseguenze di stati patologici**:

- **noti** al Contraente e/o all'Assicurato,
- **sottoposti** ad accertamenti,
- **curati anteriormente** alla stipulazione della Proposta, ma DICHIARATI nel Questionario Anamnestico
- dal 180° giorno successivo alla Data di Decorrenza;

d) il parto

- dal 300° giorno successivo alla Data di Decorrenza.

Sezione V – Chi e che cosa non posso assicurare

Art. 11 – Persone non assicurabili

Non sono **assicurabili**:

- le persone che al momento della sottoscrizione della Proposta hanno un'**età superiore a 65 anni e sei mesi**;
- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o patologie correlate.

Nel caso tali patologie si manifestassero in corso di Contratto, l'Impresa può recedere dal Contratto con comunicazione scritta al Contraente (-> art. 1898 c.c.).

Art. 12 – Rischi esclusi dall'assicurazione

Il Contratto **NON** opera per il rimborso delle spese mediche sostenute per:

- ✗ controlli di routine e/o check up;
- ✗ malattie preesistenti alla data di effetto della polizza salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza o salvo che l'Assicurato ne abbia dichiarata l'esistenza nel questionario e che la società assicuratrice abbia accettato di coprire il rischio;
- ✗ malattie, stati patologici e anomalie congenite, difetti fisici o conseguenze di infortuni occorsi prima della data di effetto dell'assicurazione;
- ✗ malattie e infortuni e loro conseguenze dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive, ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati, abuso di alcolici e psicofarmaci, droghe, allucinogeni e stupefacenti;
- ✗ conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente polizza;
- ✗ conseguenze di terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali, conseguenze di guerra, insurrezioni ed operazioni militari;
- ✗ stati patologici correlati all'infezione di HIV;

- ✗ applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- ✗ terapie omeopatiche e fitopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale o comunque di natura sperimentale;
- ✗ terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- ✗ cure dentarie od ortodontiche e delle parodontopatie e forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio coperto ai sensi di polizza;
- ✗ aborto volontario e conseguenze che ne possono derivare;
- ✗ degenze presso strutture non autorizzate od onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
- ✗ infortuni subiti in seguito alla partecipazione dell'Assicurato a qualsiasi gara di velocità, alla pratica di sport subacquei ed aerei;
- ✗ trattamenti psicoterapici a meno che a seguito di infortunio;
- ✗ conseguenza di malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- ✗ soggiorno presso ospizi od altre strutture per persone anziane; ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ed i ricoveri non necessari da un punto di vista medico;
- ✗ chirurgia refrattiva e trattamenti con laser eccimeri a meno che vengano effettuati in caso di anisometropia superiore a tre diottrie.

Sezione VI – Norme che regolano i sinistri

Art. 13 – Denuncia del ricovero e obblighi dell'Assicurato

In caso di ricovero, l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla **Società che gestisce i sinistri**

! La gestione dei sinistri è affidata a:

**International Care Company S.p.A.:
Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 24
20864 – Agrate Brianza (MB)**

! Per denunciare un sinistro è necessario darne avviso alla società International Care Company S.p.A. entro i termini previsti dalla Legge componendo il seguente numero di telefono:

Numero Verde 800.635.952 (per Italia)

In particolare, il Contraente richiede il rimborso direttamente alla **Società che gestisce i sinistri** in caso di:

- **ricovero** presso Struttura Sanitaria **NON** Convenzionata;
- **ricovero** presso struttura ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale
- **rimborso** spese sostenute per le prestazioni previste dall'**art. 3.1, lettere a), e), f) e i)**;
- **rimborso** spese sostenute per **Alta Diagnostica** e per **terapie oncologiche**.

! Per comprendere al meglio il contenuto di tale articolo, dovrai leggere con attenzione l'Art. 3 – Oggetto del contratto.

Art. 14 – Criteri di liquidazione e modalità di rimborso

Per consentire all'Impresa di valutare il sinistro e procedere, se questo risulta dovuto, alla sua liquidazione, il Contraente a **cura ultimata** deve:

- presentare all'Impresa la **cartella clinica**, comprensiva degli **originali** delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate;
- denunciare il sinistro a tutte le imprese di assicurazioni con le quale il Contraente sia titolare di polizze similari al prodotto BPM Doc extra (-> art. 1910 c.c.).

Entro **venticinque (25) giorni** lavorativi dalla ricezione di tutta la documentazione, l'Impresa:

- versa la prestazione assicurativa al Contraente tramite accredito sul conto corrente intrattenuto presso la Banca Distributrice;
- restituisce all'Assicurato gli originali appositamente visti.

Attenzione! Se il Contraente chiede il rimborso delle spese sostenute anche agli Enti pubblici competenti, l'Impresa corrisponde la **differenza** fra le spese realmente sostenute e la parte rimborsata da parte dell'Ente pubblico.

✓ Esempio di richiesta di rimborso ad un Ente pubblico competente

Ammontare delle spese sostenute: € 1.200,00

Ammontare rimborsato dall'Organo pubblico (es. INPS): € 570,00

€ 1.200,00 - € 570,00 = € 630,00 (-> Rimborso prestato dall'Impresa)

Per i Sinistri avvenuti in Paesi che NON adottano l'Euro, l'Impresa versa la prestazione assicurativa in Euro, utilizzando come riferimento il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

In caso di **assistenza diretta**, l'Impresa effettua il pagamento direttamente alla **Struttura Sanitaria Convenzionata**.

Attenzione! Per poter erogare l'assistenza diretta, il Contraente deve fare richiesta alla Società che gestisce i sinistri (International Care Company S.p.A.) secondo la modalità riportata nella lettera di conferma adesione a BPM Doc Extra inviata dall'a Compagnia.

Sezione VII – Altre norme

Art. 15 – Tacita proroga del Contratto

Il Contraente può inviare disdetta mediante comunicazione scritta all'Impresa almeno **trenta (30) giorni** prima della scadenza annuale.

L'Impresa può inviare disdetta mediante comunicazione scritta al Contraente almeno **sessanta (60) giorni** prima della scadenza annuale.

In mancanza di disdetta del Contraente e/o dell'Impresa, il Contratto è **tacitamente prorogato** per un anno e così successivamente di anno in anno.

La copertura assicurativa **NON** può essere rinnovata:

- per l'Assicurato che raggiunga il **70° anno di età** nel periodo di vigenza del contratto;
- in caso di **estinzione del conto corrente** intrattenuto presso la Banca Distributrice.

Attenzione! Se l'Assicurato, che raggiunge il 70° anno di età, è anche il Contraente, il Contratto si rinnova SOLO per gli altri Assicurati, ma l'obbligo di pagare il Premio rimane in capo al Contraente.

Art. 16 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (-> artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.) possono comportare:

- la **perdita totale** o **parziale** del diritto alla prestazione assicurativa;
- la **cessazione** del Contratto.

Se il Contratto è stato sottoscritto in sostituzione di altra polizza, il Contraente e l'Assicurato devono rendere nota all'Impresa ogni **eventuale variazione** del proprio stato di salute che possa comportare **aggravamento** del rischio assicurato.

Art. 17 – Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'**esistenza** e la **successiva stipulazione** di altre assicurazioni per lo stesso rischio (-> art. 1910 c.c.).

Art. 18 – Reclami e risoluzione delle controversie Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto a:

- **Bipiemme Vita S.p.A. – Gestione Reclami – Via G. Lazzaroni, 3 -20124 Milano**
oppure tramite:
- e-mail: reclami@bpmvita.it
- PEC: bipiemmevita@pec.it

L'Impresa provvede a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato riscontro dall'Impresa nel termine di 45 giorni o in caso di esito non soddisfacente del reclamo, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), ai seguenti recapiti:

- **IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma**
o via PEC:
- ivass@pec.ivass.it

I reclami indirizzati all'IVASS **devono specificare:**

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esauritiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato all'Impresa e del suo eventuale riscontro;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS può essere reperito sul sito dell'Autorità: www.ivass.it

Attenzione!

Prima di ricorrere presso l'Autorità Giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali la negoziazione assistita e la mediazione.

Attenzione!

L'esperimento del tentativo di mediazione (-> D. Lgs. 28/2010 e s.m.i.) è obbligatorio ed è **CONDIZIONE DI PROCEDIBILITÀ** dell'eventuale giudizio.

Ciò significa che, prima di intraprendere una causa giudiziale nei confronti dell'Impresa, dovrai rivolgerti, con l'assistenza di un avvocato, a un Organismo di Mediazione nel luogo del Giudice competente per territorio.

Per ogni controversia relativa al presente Contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Art. 19 – Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla misura delle indennità, l'Impresa e l'Assicurato possono demandare per iscritto la decisione ad un **Collegio di tre medici**.

I membri del Collegio sono nominati:

- uno dall'Impresa;
- uno dal Contraente;
- uno di comune accordo tra le parti.

In caso di disaccordo sul terzo membro del Collegio, quest'ultimo è nominato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, l'Impresa si impegna ad aderirvi.

Il Collegio Medico si riunisce nella città in cui ha sede l'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa nominato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Art. 20 – Legge applicabile al Contratto e rinvio alle norme di legge

Al Contratto si applica la legge italiana.

Per tutto quanto non previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione valgono le norme di legge.

Sezione VIII – Tabella riassuntiva prestazioni assicurative

Art. 21 - Tabella riassuntiva delle prestazioni, dei massimali e degli scoperti

Articolo	Prestazione da rimborsare	Luogo della prestazione da rimborsare	Massimale	Scoperto
3.1 Rimborsio spese mediche	Ricovero con o senza intervento chirurgico	Italia ed estero	€ 250.000,00 per anno	20% - importo minimo € 500,00(*)
3.1 Rimborsio spese mediche	Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	Italia	€1.500,00 per sinistro € 50,00 x 30 giorni	
3.1 Rimborsio spese mediche	Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	Estero	€1.000,00 per sinistro € 50,00 x 20 giorni	
3.1 Rimborsio spese mediche	Trasporto da e verso la struttura ospedaliera	Italia ed Estero	€1.500,00 per sinistro	
3.1 Rimborsio spese mediche	Parto fisiologico, parto cesareo e aborto terapeutico	Italia ed Estero	€2.500,00 per sinistro	
3.2 Prestazione Sostitutiva	Diaria sostitutiva	Italia ed Estero	€ 31.000,00 per sinistro € 200,00 x 10 giorni € 100,00 x 290 giorni	
3.3 Assistenza diretta	Ricovero in Struttura Sanitaria Convenzionata	Italia	€ 250.000,00 per anno	
3.4 Rimborsio per le spese di Alta diagnostica	Spese sostenute per esami clinici di alta diagnostica extra ricovero	Italia ed Estero	€ 5.000,00 per anno	20% - importo minimo €50,00
3.4 Rimborsio per le spese di Alta diagnostica (in struttura S.S.N. con SOLO pagamento ticket)	Spese sostenute per esami clinici di alta diagnostica extra ricovero	Italia ed Estero	€ 5.000,00 per anno	
3.5 Rimborsio spese per terapie oncologiche	Spese sostenute per terapie extra ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche	Italia ed Estero	€ 15.000,00 per anno	20% - importo minimo €50,00
3.5 Rimborsio spese per terapie oncologiche (in struttura S.S.N. con SOLO pagamento ticket)	Spese sostenute per terapie extra ricovero relative a malattie oncologiche e/o neoplastiche	Italia ed Estero	€15.000 per anno	

(*) **Ricovero, a seguito di malattia, presso Struttura NON Convenzionata o presso il Struttura del S.S.N**

I Massimali, illustrati nella tabella, devono intendersi **per Assicurato**.

Attenzione! In caso di **Tariffa speciale per nucleo familiare**, i Massimali, illustrati nella tabella, devono intendersi **per nucleo familiare**.

Sezione IX – Elenco degli esami clinici di alta diagnostica

Nel presente Contratto i seguenti esami clinici sono considerati di “**Alta Diagnostica**”:

- Angiografia;
- Angiografia digitale;
- Arteriografia digitale;
- Broncoscopia;
- Cistografia;
- Colonscopia;
- Coronarografia;
- Ecocardiografia;
- Ecocardiogramma;
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia;
- Esofagogastroduodenoscopia – EGDS (esofagoscopia + astrosocopia + duodenoscopia);
- Radionefrogramma;
- Risonanza magnetica nucleare;
- Scintigrafia;
- TAC;
- Urografia.

PAGINA

BIANCA

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. (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, 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 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, nonché gli eventuali dati personali riferiti a soggetti terzi da Lei comunicati (di seguito anche i "Dati Personali") saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità di seguito riportate.

Nel caso in cui Lei comunichi alla 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 della 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 la Società potrà 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

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 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 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 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 Lazzaroni n. 3, 20124 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it.

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

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



Bipiemme Vita S.p.A.
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02/77005107
Pec: bipiemmevita@pec.it
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers., Rappresentante del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita" Partita IVA 10541960968, Codice Fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 10769290155, REA n. 1403170. Iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento: Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle

POLIZZA MALATTIA

BPM Doc extra

MODULO DI PROPOSTA N.

CONTRAENTE:

Sig.

C.F.

Nato a

il

RESIDENZA:

RECAPITO:

DOCUMENTO:

1 ASSICURATO Sig.

DECORRENZA: H. 24 DEL

DURATA:

IMPORTO PREMIO:

DATA DI SOTTOSCRIZIONE:

SI APPLICANO ALLA POLIZZA LE CONDIZIONI CONTRATTUALI RIPORTATE NEL MODELLO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

In relazione alla compilazione del questionario sanitario l'Assicurato deve tenere in considerazione che:

- prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- l'Assicurato può inoltre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo di tale visita, pari a € 100,00 rimane interamente a suo carico.



Bipiemme Vita S.p.A.
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02/77005107
Pec: bipiemmevita@pec.it
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers., Rappresentante del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita" Partita IVA 10541960968, Codice Fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 10769290155, REA n. 1403170. Iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento: Covèa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle

PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il versamento del Premio è effettuato mediante addebito sul rapporto bancario intrattenuto dal sottoscrittore con la Banca Distributrice.

L'addebito del Premio è previsto alla Data di Decorrenza del Contratto sopra indicata con valuta alla medesima data.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, i singoli documenti (DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario) che costituiscono il Set Informativo;
- di aver letto, compreso e accettato le Condizioni di Assicurazione e, con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), di voler stipulare la presente Proposta di adesione;
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte, reticenti o non veritiere rese possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa;
- di voler stipulare il presente Modulo di Proposta con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), autorizzando sin d'ora l'addebito del Premio sul proprio corrente bancario.

Firma del Contraente

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione dei quali ha preso pienamente conoscenza: art. 6 - "Variazione del premio", art. 11 - "Persone non Assicurabili", art. 12 - "Rischi esclusi dall'Assicurazione", art. 15 - "Tacita proroga del contratto", art. 19 - "Controversie - arbitrato irrituale".

Firma del Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa sulla protezione e sul trattamento 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", messo a disposizione di terzi, conferiti in sede di stipula del contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Inoltre,

presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali non particolari (ivi inclusi l'indirizzo di posta elettronica e il numero di cellulare) per le ulteriori finalità del cui all'informativa (analisi di nuovi mercati assicurativi, invio di comunicazioni di informazione commerciale sui prodotti e servizi assicurativi offerti dalle società del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita).

Firma del Contraente

Data e luogo

Matricola e firma Operatore

Bipiemme Vita S.p.A.
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02.77005107
Pec bipiemmevita@pec.it
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers.,
Rappresentante del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo
Bipiemme Vita" Partita IVA 10541960968, Codice
Fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese
di Milano 10769290155, REA n. 1403170. Iscritta all'Albo
Imprese presso l'IVASS al numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del
7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo
assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo dei Gruppi
Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento:
Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle



Bipiemme Vita S.p.A.
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02.77005107
Pec: bipiemmevita@pec.it
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers., Rappresentante del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita" Partita IVA 10541960968, Codice Fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 10769290155, REA n. 1403170. Iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento: Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle

POLIZZA MALATTIA

BPM Doc extra

N. SERIE

MODULO DI PROPOSTA N.

CONTRAENTE:

Sig.

C.F.

Nato a

il

RESIDENZA:

RECAPITO:

DOCUMENTO:

(RIL. DA

1. ASSICURATO

DECORRENZA: H. 24 DEL

DURATA:

IMPORTO PREMIO:

DATA DI SOTTOSCRIZIONE:

Ag.

SI APPLICANO ALLA POLIZZA LE CONDIZIONI CONTRATTUALI RIPORTATE NEL MODELLO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

In relazione alla compilazione del questionario sanitario l'Assicurato deve tenere in considerazione che:

- prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, il soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- l'Assicurato può inoltre chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute. Il costo di tale visita, pari a € 100,00 rimane interamente a suo carico.

PERIODICITÀ E MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il versamento del Premio è effettuato mediante addebito sul rapporto bancario intrattenuto dal sottoscrittore con la Banca Distributrice.

L'addebito del Premio è previsto alla Data di Decorrenza del Contratto sopra indicata con valuta alla medesima data.



Bipiemme Vita S.p.A.
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano
Tel. (+39) 02/77002405
Fax. (+39) 02.77005107
Pec bipiemmevita@pec.it
www.bipiemmevita.it

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers., Rappresentante
del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita"
Partita IVA 10541960968, Codice Fiscale e numero di
iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 10769290155,
REA n. 1403170. Iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al
numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con
D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del
7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo
assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo dei Gruppi
Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento: Covéa
Société de Groupe d'Assurance Mutuelle

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, i singoli documenti (DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario) che costituiscono il Set Informativo;
- di aver letto, compreso e accettato le Condizioni di Assicurazione e, con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), di voler stipulare la presente Proposta di adesione;
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte, reticenti o non veritiere rese possono limitare o escludere del tutto il diritto alla prestazione assicurativa;
- di voler stipulare il presente Modulo di Proposta con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), autorizzando sin d'ora l'addebito del Premio sul proprio corrente bancario.

Firma del Contraente

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione dei quali ha preso pienamente conoscenza: art. 6 - "Variazione del premio", art. 11- "Persone non Assicurabili", art. 12 - "Rischi esclusi dall'Assicurazione", art. 15 - "Tacita proroga del contratto", art. 19 - "Controversie – arbitrato irrituale".

Firma del Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa sulla protezione e sul trattamento 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", miei o di terzi, conferiti in sede di stipula del contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Inoltre,

presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali non particolari (ivi inclusi l'indirizzo di posta elettronica e il numero di cellulare) per le ulteriori finalità dei cui all'informativa (analisi di nuovi mercati assicurativi, invio di comunicazioni di informazione commerciale sui prodotti e servizi assicurativi offerti dalle società del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita).

Firma dell'Assicurato (se persona diversa)

Firma del Contraente

Data e luogo

Matricola e firma Operatore